

Бланк согласия на удаление ганглия

EXCISION OF GANGLION

Ганглий - это киста, содержащая густую жидкость, обычно образующуюся вокруг сухожилия или сустава. В большинстве случаев причина образования ганглия неизвестна. Операция по удалению ганглия выполняется с целью избавления пациента от боли или удаления неэстетичного образования. В время операции выполняется разрез в области ганглия, освобождаются ткани вокруг него, он отделяется от сустава или оболочки сухожилия, из которых происходит, и удаляется.

Если в ходе операции возникнет подозрение, что речь идет об опухоли другого типа, хирург примет решение, извлечь ли опухоль полностью или на первом этапе ограничиться взятием биопсии для диагностики. На разрез накладываются швы, которые будут сняты спустя несколько дней.

Операция проводится под местной и/или регионарной анестезией в сочетании с наложением на оперируемую руку артериального жгута; но иногда и под полным наркозом. Наложение жгута может вызвать ощущение сдавления в руке.

Имя пациента (שם המטופל/ת):

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

Отчество / שם אב

Номер уд. личности / .ת.ל

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а
подробное устное объяснение от доктора (ר'ד) _____

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

о необходимости удаления ганглия на правой (ימין) / левой (שמאל) руке, с запястья (בצד ימינו) / (בצד ימין), на ладонной (הגביה) / тыльной (החגיה) стороне, с 1 / 2 / 3 / 4 / 5* пальца (מאצבע) (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Мне было дано объяснение о желаемых результатах основной операции, а также о высокой частоте рецидивов образования ганглия и необходимости дополнительной операции для его удаления.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль, дискомфорт, отек и местные гематомы, которые пройдут сами по себе.

Кроме того, мне было дано объяснение об относительно редких опасностях и осложнениях, в том числе: продолжительное кровотечение и инфекция, которые потребуют лечения. Как правило, после операции нет необходимости в физиотерапии.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая дополнительные



хирургические действия, которые на данный момент невозможno предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я согласен на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной и/или регионарной анестезии в сочетании с наложением артериального жгута, получив разъяснение об опасностях и осложнениях местной анестезии, в том числе: аллергическая реакция разной степени выраженности на анестезирующие препараты, а также возможность нервных и/или сосудистых повреждений при регионарной анестезии.

Если будет решено провести основную операцию при общей анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Я, нижеподписавшийся/аясь, знаю, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

Дата / תאריך _____ Время / שעה _____ Подпись пациента / חתימת המטופל/ת _____

Имя опекуна (степень родства) /
שם האפוטרופו (קרבה)
Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или
חותימת האפוטרופו (במקרה של פועל דין, קטן או חולה נפש) /
душевнобольного)

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופו) / (левитра) * приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוש הדרש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריו במלואם.

Имя врача / שם המומחה _____ Подпись / חתימה _____ Номер лицензии / מס' רישיון _____

*Ненужное зачеркнуть / מחק/י את המיותר