



Бланк согласия: Операция по сшиванию сухожилия/сухожилий на руке/руках

REPAIR OF FLEXOR / EXTENSOR TENDONS

Операция производится с целью вернуть пальцу возможность разгибания/сгибания, которая была утрачена вследствие повреждения/разреза сухожилия/сухожилий мышц сгибателей/разгибателей. Во время операции производится сшивание поврежденных/перерезанных сухожилий конец в конец. Если во время операции выяснится, что такое сшивание невозможно, оперирующий хирург применит по мере возможности другую технику сшивания (заместительную) для того, чтобы вернуть пальцу/пальцам необходимую подвижность. После операции рука фиксируется в гипсе на период от четырех до шести недель.

Швы с операционного разреза снимаются через десять дней. В этот период и в дальнейшем необходимо физикальное лечение, физиотерапия и трудотерапия на протяжении нескольких месяцев.

Операция производится под регионарной анестезией или под общим наркозом в сочетании с наложением на оперируемую руку артериального жгута. При этом может возникнуть ощущение давления в руке.

Имя пациента (שם המטופל/ת): _____
Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם Отчество / אב שם Номер уд. личности / .ת.ג

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а
подробное устное объяснение от доктора (ר"ד) _____
Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם

об операции сшивания сухожилия (גיד) / сухожилий (גידים)*, разгибателя (מכופף) / разгибателей (מכופפים)*, сгибателя (מיישר) / сгибателей (מיישרים)*, на правой (יד ימין) / левой (יד שמאל)* руке, на 1 / 2 / 3 / 4 / 5* пальце (אצבע) (в дальнейшем: «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.

Я получил/а разъяснения относительно основной операции, включая вероятность того, что запланированное сшивание сухожилий окажется невозможным, и тогда придется прибегнуть к заместительной технике. Кроме того, мне известно, что в значительной части случаев не удается восстановить подвижность пальцев в полном объеме, как это было до травмы.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что я осведомлен/а о побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и припухлость руки, которые потребуют лечения. Я знаю также, что после снятия гипса остается скованность (тугоподвижность) оперированной руки и пальцев, которая потребует физикального лечения на протяжении нескольких месяцев, а иногда и повторной операции для удаления спаек.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию и повторный разрыв сшитых сухожилий. Лечение этого разрыва потребует повторной операции для сшивания.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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 невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. С учетом вышесказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, а также на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Настоящим я даю свое согласие на проведение регионарной анестезии в сочетании с артериальным жгутом, будучи осведомлен/а об опасностях и осложнениях анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени выраженности на анестезирующие препараты, а также о возможности развития нервных или сосудистых расстройств.

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

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В этом случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

_____ תאריך / דתה	_____ שעה / זמן	_____ חתימת המטופל/ת / חתימת המטופל/ת
_____ שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /	_____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / Подпись опекуна (в случае неправопособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) /	

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס (של המטופל/ת)* 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 / לאפוטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ שם הרופא/ה /	_____ חתימה /	_____ מספר רישיון /
-----------------------	------------------	------------------------

*מחקי את המיותר / *Ненужное зачеркнуть