



טופס הסכמה להזרקה תוך עינית

Бланк согласия на интравитреальную ИНЪЕКЦИЮ

INTRA-VITREAL INJECTION

Заболевания сетчатки и сосудистой оболочки глаза, приводящие к снижению остроты зрения, качеству зрения и поражению поля зрения по причине разрастания патологических кровеносных сосудов в глазу и подтекания жидкости из сосудов в сосудистую оболочку глаза и сетчатку, в последние годы лечатся с помощью введения в глазное яблоко препаратов -антител к белку VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor).

Основные показания для выполнения интравитреальных инъекций: разрастание сосудов из сосудистой оболочки глаза на фоне макулярной дегенерации или других заболеваний, диабетическая ретинопатия, тромбоз кровеносных сосудов в сетчатке и отеки сетчатки. Кроме того, с помощью инъекции можно вводить стероиды в стекловидное тело глаза в качестве лечения отеков сетчатки и увеита.

Процедура проводится под местной анестезией с частотой, соответствующей заболеванию пациента и его реакции на лечение. Мне было объяснено, что темп лечения и его продолжительность зависят от реакции на лечение. В большинстве случаев необходимы повторные инъекции, иногда раз в месяц в течение неограниченного времени.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных вариантах лечения в данном случае, в том числе : другие препараты, фотодинамическая терапия и лечение лазером. Мне было дано объяснение о перспективах улучшения состояния, о побочных эффектах и рисках, связанных с каждой из этих процедур.

Мне было разъяснено, что инъекция Авастина в глазное яблоко, если и будет вводиться Авастин, применяется «офф -лейбл», то есть по показаниям, не упомянутым в инструкции производителя по применению (OFF LABEL), и его влияние в долгосрочной перспективе неизвестно.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено о возможных побочных явлениях инъекции лекарства в стекловидное тело глаза, в том числе: боли в глазу, субъконъюнктивальное кровоизлияние, черные точки в поле зрения, отек роговицы или изменение поверхности роговицы, увеит, нарушения зрения, чувствительность к вводимому препарату и/или дезинфицирующему средству и/или к антибиотику, принимаемому в рамках лечения. В большинстве случаев эти побочные явления проходят сами по себе или поддаются лечению, но иногда до полного выздоровления проходит много времени.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях, в том числе: отслоение сетчатки, развитие катаракты, повышение внутриглазного давления, внутриглазное кровоизлияние и внутриглазная бактериальная инфекция (эндофтальмит). В большинстве случаев данные осложнения лечатся с помощью лекарств или дополнительного хирургического вмешательства, но в определенных случаях они могут привести к полной потере зрения и атрофии глазного яблока.

Я даю свое согласие на проведение данной основной процедуры, в том числе на запланированную серию инъекций.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной процедуры выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие шаги для спасения глаза или предотвращения телесного ущерба, включая хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне

Подпись пациента / חתימת המטופל/ת: _____

0419.0

был объяснен. Поэтому я даю свое согласие 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 процедуры.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - после того, как мне были разъяснены риски и осложнения местной анестезии с помощью капель, в том числе: чувствительность, покраснение и дискомфорт.

Я даю свое согласие на то, что процедуры и все другие процедуры в больнице будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям больницы; и я заявляю, что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком

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

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) устным образом предоставил мне подробное объяснение _____
Фамилия / שם משפחה Имя / שם פרטי

о необходимости инъекции в стекловидное тело

правого глаза (עין ימין) (укажите название препарата /ов (תרופה/ות)*: Авастин (אבסטין) / Луцентис (לוסנטיס) / Айлия (איליה) / Озурдекс (אוזורדקס) / другое (אחר): _____)

левого глаза (עין שמאל)* (укажите название препарата/ов (תרופה/ות)*: Авастин (אבסטין) / Луцентис (לוסנטיס) / Айлия (איליה) / Озурдекс (אוזורדקס) / другое (אחר): _____)

по причине: влажная макулярная дегенерация (AMD) (ניוון מקולרי (AMD) רטוב)

макулярный отек (בצקת מקולרית) увеит (דלקת הענביה) другое (אחר)*: _____
(далее: основн ая процедура).

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

Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופוס (קרבה) Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) / קטין או חולה נפש (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / חתימת האפוטרופוס

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациен ту/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.

_____ _____ _____
Имя врача / שם הרופא/ה Подпись / חתימה Номер лицензии / מספר רישיון

*Ненужное зачеркнут ь / מחק/י את המיותר *