

**Бланк согласия на
хирургическое лечение
пупочной грыжи
REPAIR OF UMBILICAL HERNIA**

Пупочная грыжа, как правило, является врожденной патологией, но иногда и приобретенной. Хирургическое лечение пупочной грыжи исправляет такие сопровождающие ее явления, как боли и воспаление, ущемление грыжи, или предотвращает ее ущемление в будущем.

В некоторых случаях операция выполняется с использованием сетчатого имплантата. Иногда требуется вырезать сам пупок.

Операция обычно проводится при полной анестезии.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль и дискомфорт.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, кровотечение, а в редких случаях повреждение внутренних органов, требующее расширения операции для коррекции. При использовании сетчатого имплантата существует вероятность возникновения аллергической реакции, что потребует хирургического вмешательства для его извлечения. Кроме того, существует вероятность рецидива грыжи на более позднем этапе, что потребует повторной операции.

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 невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне 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 операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - после того, как мне были разъяснены возможные осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты 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 / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, 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.

Подпись пациента / תתימת המטופל/ת: _____

Имя пациента: _____
(שם המטופל/ת) שם משפחה / фамилия שם פרטי / имя שם האב / отчество Номер уд. личности / ת.ז.

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

о необходимости хирургического лечения пупочной грыжи (далее: "основная операция").

_____ _____ _____
תאריך / дата שעה / время חתימת המטופל/ת / Подпись пациента

_____ _____
שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /
שם האפוטרופוס (קרבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / Подпись опекуна (в случае неспособного, 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 / Имя врача חתימה / Подпись מספר רישיון / Номер лицензии

*Ненужное зачеркнуть (את המיותר)