

Бланк согласия на процедуру
дисцизии вторичной катаракты
при помощи YAG-лазера
**YAG LASER TREATMENT to OPEN
SECONDARY CATARACT**

Применение YAG -лазера предназначается для лечения затуманивания зрения, происходящего после операции по удалению катаракты в результате помутнения задней капсулы хрусталика, в которую имплантирован искусственный хрусталик (далее: вторичная катаракта). В задней капсуле лазерным лучом создается отверстие, которое позволяет свету проникать сквозь него, и таким образом повышается острота зрения.

Мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах и в соответствии с моим состоянием, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов, и связанные с этим проверки и процедуры.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах, а также о побочных эффектах лечения, включая: в первые часы после процедуры может отмечаться легкое снижение остроты зрения, но на следующий день после лечения ожидается улучшение в остроте зрения. Мне было объяснено, что в первые недели после процедуры есть вероятность того, что я буду видеть плавающие черные точки. Как правило, эти точки исчезают. Кроме того, мне было объяснено, что после процедуры почувствуется повышение внутриглазного давления, которое пройдет, и обычно оно предотвращается с помощью глазных капель, которые я получу в конце процедуры.

Мне было дано объяснение о возможных осложнениях процедуры, включая: риск отслоения сетчатки составляет приблизительно 0,4%.

Данной под письму я даю свое согласие на проведение лечения при помощи YAG -лазера.

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

Я, нижеподписавшийся/аяся, 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.

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

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) _____
Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם

устным образом предоставил мне подробное объяснение о необходимости проведения процедуры дисцизии задней капсулы хрусталика вследствие вторичной катаракты при помощи YAG-лазера
 на правом (ימין) левом (שמאל) глазу.

_____ _____ _____
Дата / תאריך Время / שעה Подпись пациента / התימת המטופל

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

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס של המטופל/ת)* приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробностей, 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 / הרופא/ה שם Подпись / חתימה Номер лицензии / מספר רישיון

*Неужное з ачеркнуть / מחק/י את המיותר