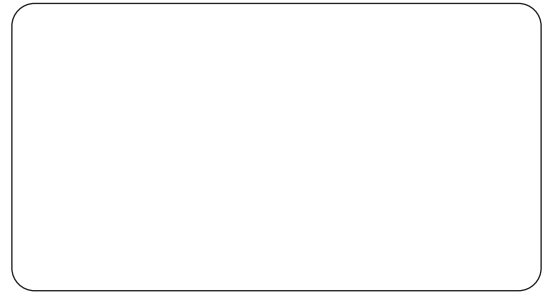


**Бланк согласия
на операцию
по удалению катаракты
CATARACT EXTRACTION**



Катаракта - это один из самых распространенных факторов расстройств зрения у пожилых людей, и она возникает более, чем у 2/3 населения старше 60 лет. Катаракта - это состояние, при котором хрусталик глаза теряет свою прозрачность. В ходе операции удаляется мутный хрусталик, и в большинстве случаев на его место имплантируется искусственная линза.

Вид линзы и ее оптическая сила будут выбраны врачом в соответствии со особенностями глаза и ходом операции. В некоторых ситуациях невозможно имплантировать линзу вследствие неподходящих условий. В таких случаях будет выполнено только извлечение хрусталика. В некоторых случаях невозможность имплантации хрусталика будет обнаружена только во время операции. У некоторых пациентов после операции может возникнуть необходимость в очках.

Обычно операция проводится при местной анестезии.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, что не существует иных методов лечения катаракты.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и возможных побочных эффектах операции, включая боль и дискомфорт.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, кровотечение, потеря стекловидного тела глаза, вывих хрусталика, сдвиг линзы внутри глаза, осложнения, связанные с поздней реакцией глаза на операцию, а также возможность нарушений преломления света после операции, что потребует применения очков. В редких случаях - потеря зрения в оперируемом глазу. Более редкими осложнениями являются опущение века, хроническая воспалительная реакция, негативное воздействие имплантированной линзы на роговицу, что потребует хирургического извлечения линзы, а иногда пересадку роговицы; отслоение сетчатки и макулярный отек. Иногда возникает вторичная катаракта, что требует лазерного лечения.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Кроме того, 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 согласен /согласна на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врача, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии после того, как мне были разъяснены риски и осложнения местной анестезии, в том числе: кровотечение, инфекция, поражение глаза, в редких случаях - потеря зрения. Если будет решено провести основную операцию под общей анестезией, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, что в том случае, если медицинский центр является филиалом университета, то в процессе обследования и лечения могут принимать участие студенты, находящиеся под полным наблюдением и контролем.

Подпись пациента / опекуна: _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

Я даю свое согласие на то, что 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 / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врач, 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 המטופל/ת): _____
Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם Отчество / אב שם Номеруд . Личности / ת.ד.

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

Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם

о необходимости выполнения операции по удалению катаракты

- на правом (ימין)
- на левом глазу (שמאל)
- с имплантацией интраокулярной линзы (עם השתלת עדשה תוך עינית) (далее: "основная операция").
- без имплантации интраокулярной линзы (בליהשתלת עדשה תוך עינית) (далее: "основная операция").

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

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

Я подтверждаю, что дал/а устные разъяснения пациенту / пациентке (למטופל/ת) / опекуну пациента / пациентке и (למתרגם של) / переводчик у пациента / пациентки (לאפוטרופוס של המטופל) * относительно вышеизложенного с необходимой подробностью, и что пациент / пациентка / опекун подписал/а согласие в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моего разъяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת/לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם 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 / רישיון מספר

Имя переводчика (שם המתרגם/ת) Кем приходится пациенту/пациентке (קשריו למטופל/ת)

*Ненужное зачеркнуть (ר/ת המיותר)