

**Бланк согласия на
операцию носовой
перегородки и/или полного
/частичного удаления
НОСОВЫХ РАКОВИН
SMR / SEPTOPLASTY AND/OR
CONCHOTOMY / TURBINATE REDUCTION**

Операция по выпрямлению (יישור) / удалению (כריתת) искривленной носовой перегородки выполняется в случаях, когда наблюдается помеха в прохождении воздуха через нос вплоть до нарушения дыхания. В некоторых случаях нарушение свободного прохождения воздуха является результатом разрастания и отека носовых раковин, расположенных на боковых стенках носа, сопровождающегося искривлением перегородки или без него. В таких случаях возникает необходимость в полном (כריתת) / частичном (הקטנה) удалении / прижигании одной или обеих носовых раковин (צריבת קונכיות תחתונה אחת או שתיהן).

Операция выполняется внутри носа, без внешних разрезов. Хирург примет решение о том, оставлять ли стенты или тампоны в полости носа.

Операция проводится при полной или местной анестезии с инъекцией препарата, затуманивающего сознание.

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

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

устным образом предоставил мне подробное объяснение о необходимости операции коррекции носовой перегородки (ניתוח לתיקון מחיצה) и/или (ואו) полного (כריתת) / частичного удаления носовой/носовых раковины/раковин (הקטנה של הקונכיות/ות) с (מצד) _____

стороны по причине (בשל) _____

_____ (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных вариантах лечения в данном случае, а также о побочных эффектах, рисках и осложнениях, связанных с этими вариантами лечения.

Мне было объяснено, что в некоторых случаях операция не решит функциональную проблему.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах основной операции, в том числе: боль и дискомфорт, кровотечение, образование корочек в носу и плохой запах из носа, снижение (чаще всего временное) чувствительности верхних зубов и переднего неба.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях основной операции, в том числе: синусит; перфорация перегородки, что может стать причиной свистящего дыхания, образования корочки и кровотечения; слипание перегородки с раковинами; изменение внешней формы носа; повреждение обоняния (редко); сухость в носу; значительное кровотечение вплоть до необходимости повторного хирургического вмешательства; опасная для жизни инфекция от тампонов, абсцесс перегородки, требующий хирургического дренажа.

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 - с внутривенным введением седативных препаратов или без него - после того, как мне были разъяснены возможные риски и осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии, а также возможные осложнения при использовании седативных препаратов, которое в редких случаях может приводить к расстройствам дыхания и расстройствам сердечной деятельности, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и расстройствами дыхательной системы.

Мне было объяснено, что в случае, если операция будет проводиться под общей анестезией, объяснение об анестезии будет дано мне анестезиологом.

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, знаю, что во время моей выписки врача, который проведет операцию, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

תאריך / Дата	שעה / Время	חתימת המטופל / Подпись пациента
שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /	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 (אפוטרופוס) (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 תתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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

י את המיותר