

**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 \_\_\_\_\_ о 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 המטופל/ת): \_\_\_\_\_  
Фамилия / משפחה / שם פרטי / Имя / שם אב / Отчество / שם / Номеруд . Личности / ת.ד

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

\_\_\_\_\_  
Фамилия / משפחה / שם פרטי / Имя / 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 пониман ии 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 / מספר רישיון

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

\*Ненужное зачеркнуть (ר/ת המיותר)