

**Бланк согласия на
медицинское обрезание/
хирургическое удаление
крайней плоти
CIRCUMCISION**

Обрезание (удаление крайней плоти) в большинстве случаев выполняется по религиозным, традиционным и/или общественным причинам. В некоторых случаях возникает необходимость удаления крайней плоти вследствие ее воспаления, которое может становиться причиной нарушений мочеиспускания. Мне было объяснено о том, что обрезание может выполнять «моэль».

Хирургическое обрезание / удаление крайней плоти обычно выполняется при местной или региональной анестезии (penile block, блок нерва полового члена), но иногда бывает необходимость полного наркоза.

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: кровотечение, повреждение головки полового члена, инфекция и перекручивание пениса.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной или региональной анестезии (penile block, блок нерва полового члена), если в таковой возникнет необходимость, в соответствии с решением врача - после того, как мне были разъяснены возможные осложнения местной анестезии, в том числе аллергическая реакция 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.

Имя пациента: _____
(שם המטופל) שם משפחה / שם פרטי / שם האב / Номер уд. личности / .ד.ת

Я заявляю и подтверждаю, что мне было предоставлено

подробное устное объяснение доктором (ד"ר) _____
שם פרטי / שם משפחה /

о хирургическом обрезании (далее: основная операция).

_____ _____ _____
תאריך / שעה / חתימת המטופל /

_____ _____
שם האפוטרופוס (קרבה) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס של המטופל)* 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 / לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ _____ _____
שם הרופא/ה / חתימה / מספר רישיון /

*מחקי/י את המיותר (תחתימה)