

טופס הסכמה לניתוח אקטרופיון
БЛАНК СОГЛАСИЯ
НА ОПЕРАЦИЮ
ПО УСТРАНЕНИЮ
ЭКТРОПИОНА



Целью операции является возвращение века на место, восстановление его функции и устранение, тем самым, раздражения и покраснения, выделений, слез, болей и ощущения инородного тела в глазу. Эта операция не улучшает слабое зрение, причиной которого являются другие заболевания, и не считается косметической операцией. Иногда можно объединить эту операцию можно включить как часть косметической операции на нижнем веке.

Из-за различных факторов образования эктропиона, различной анатомии каждого человека и наличия других проблем существует несколько различных видов операции для устранения проблемы. В большинстве из них производится коррекция слабого и опущенного века, прижатие его к стенке глазницы и фиксация его в правильном положении. В определенных случаях есть необходимость в пересадке ткани, способствующей обеспечению коррекции эктропиона.

Операция выполняется одним и следующих методов:

- Высвобождение века от его удержания латеральной костью глазницы, освобождение сращений и плотное пришивание века обратно к кости.
- Сшивание заворота, которое меняет положение века.
- Укорачивание века в сочетании со сшиванием заворота.

Вид анестезии, сопровождающей эту операцию (нужное обвести кружком):

Без анестезии / общая / регионарная / проводниковая / местная

Мне даны разъяснения об альтернативных путях лечения в моей ситуации, например, смазку глаза различными каплями и мазями, фиксацию века с помощью пластыря и, разумеется, продолжение жизни без лечения, со всеми страданиями, вызываемыми эктропионом, с риском тяжелого поражения глаза вплоть до потери зрения в нем.

Я заявляю и подтверждаю, что мне даны разъяснения относительно побочных явлений, включая опухоль вокруг глаза, подкожное и подконъюнктивное кровоизлияние, слезоточивость, ощущение инородного тела и необходимость в снятии швов после операции.

Мне разъяснено, и я понимаю, что в процессе операции по удалению эктропиона может выявиться необходимость в проведении лечебных действий для выполнения операции, например, смывание слез, расширение слезных каналов, удаление ресниц.

Кроме того, мне даны разъяснения относительно возможных рисков с осложнениями, включая рецидив эктропиона, не докоррекцию или перекоррекцию, инфекцию, кровотечение, асимметрию внешнего вида, рубцевание, двойное зрение, слезоточивость или сухость в глазу, затруднения при надевании контактных линз, мурашки или потеря чувствительности вблизи глаза, гангрена века, изменение раскрытия глаза, изменение формы и расположения угла глаза и, в редких случаях, потерю зрения. Может возникнуть необходимость в дополнительно м лечении или операции для устранения этих осложнений. У каждого человека своя анатомия, своя реакция на операцию, и свой процесс выздоровления. Поэтому невозможно заранее предсказать конечный результат.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе основной операции / лечения выяснится, что потребуются выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, которые невозможно предвидеть заранее, в том числе дополнительные хирургические действия,

Подпись пациента / опекуна _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или выполнение других или дополнительных шагов, включая действия, которые, по мнению врачей больницы, будут жизненно необходимы или потребуются во время проведения основной операции / лечения.

Мне разъяснено, что в случае проведения операции под общей / регионарной / проводниковой анестезией, я получу объяснения относительно анестезии от врача анестезиолога.

Если операция будет выполняться под местной анестезией, настоящим я даю свое согласие та же и на проведение местной анестезии с внутривенной инъекцией анестезирующих препаратов или без нее, после получения разъяснений относительно рисков и осложнений местной анестезии, в том числе: аллергическая реакция различной степени тяжести на анестезирующие препараты и возможные осложнения от применения анестезирующих медикаментов, которые в редких случаях могут вызвать нарушения дыхания и работы сердца, главным образом, у лиц, страдающих сердечными заболеваниями и заболеваниями дыхательной системы.

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 руководством и контролем своих руководителей.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция (за исключением случаев заблаговременного выбора и согласования врача -хирурга для операции) и все другие действия будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком, при условии их выполнения с ответственностью, установленной в медицинском учреждении, и в соответствии с законом.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал / лечил, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки от его имени.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Имя пациента (שם המטופל/ת): _____
Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם Отчество / האב שם Номер уд. Личности / ת.ז

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

Фамилия (שם משפחה) Имя (שם פרטי)

о необходимости операции по удалению эктропиона (далее – «основная операция»).

на: правом (ימין) глазу верхнем (עליון) веке
 левом (שמאל) глазу нижнем (תחתון) веке

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 устные разъяснения пациенту / пациентке / опекуну пациента / пациентки* относительно вышеизложенного с необходимой подробностью, и что он / она подписал / подписала 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* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל / האפוטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

Имя врача / שם הרופא/ה

Подпись и печать исследователя /
חתימה וחותמת

Номер лицензии / מספר רישיון

Имя переводчик a / שם המתרגם/ת

кем он приходится пациенту / пациентке / קשריו למטופל/ת

*Ненужное зачеркнуть / מחק/י את המיותר