



טופס הסכמה לטיפול בלייזר SLT
במחלת הגלאוקומה

БЛАНК СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ ПО МЕТОДУ СЛТ

SLT LASER TREATMENT OF GLAUCOMA

Процедура направлена на снижение высокого внутриглазного давления на фоне глаукомы; она не предназначена для улучшения остроты зрения или коррекции ущерб, который уже нанесен глаукомой зрительному нерву или полю зрения.

Цель процедуры по методу СЛТ (Селективная Лазерная Трабекулопластика) – сохранить существующее состояние путем снижения внутриглазного давления до нормальной величины.

В ходе процедуры лазерные лучи направляются в область угла глаза для улучшения дренирования внутриглазной жидкости и снижения внутриглазного давления. Процедура проводится под анестезией посредством только капель и занимает несколько минут.

Мне разъяснены альтернативные виды лечения, включая капли против давления, лечение аргоновым лазером (ALT), операция; кроме того, мне разъяснена возможность отказа от медицинского лечения.

Кроме того, мне разъяснены перспективы на успех лечения, включая возможность того, что внутриглазное давление не снизится в результате процедуры.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснены побочные явления лечения я, включая покраснение глаза (в течение одного – двух дней после процедуры), реактивное воспаление передней камеры (в течение одного – двух дней после процедуры), в редких случаях – повышение внутриглазного давления на 24 часа, а также легкое кровотечение в передней камере.

Мне разъяснено, что существует возможность того, что и после процедуры я должен/должна буду продолжить свое текущее медикаментозное лечение для снижения внутриглазного давления.

Кроме того, после процедуры необходимо находиться под наблюдением для оценки реакции на лечение.

Кроме того, мне разъяснены возможные риски и осложнения основного лечения, включая воспалительную внутриглазную реакцию и резкое повышение внутриглазного давления. Оба эти явления крайне редки.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения процедуры выяснится, что есть необходимость в расширении ее объема, ее изменении или выполнении других или дополнительных действий, которые невозможно предвидеть заранее, для спасения жизни или предотвращения физического ущерба организму, которые в данный момент невозможно предвидеть наверняка и полностью. В связи с этим я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или выполнение других или дополнительных действий.

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 контролем и наблюдением.

Мне известно, и я согласен/на с тем, что основная операция и все другие процедуры будут проводиться теми лицами, на которых это возложено согласно действующим в больнице правилам и инструкциям (если только хирург для операции не был выбран и согласован заранее), и что мне не обещано, что он и будут проводиться, полностью или частично,

Подпись пациента / опекуна _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

0422.ו

каким-либо определенным лицом , но исключительно с ответственностью, принятой в
лечебном учреждении в соответствии с законом.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции / лечения.

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

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

Фамилия / שם משפחה Имя / פרטי

о необходимости проведения лечения методом СЛТ

право м глазу (עין ימין) подробно: _____

лево м глазу (עין שמאל) подробно: _____

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

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

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 (חתימה) Дата и время (תאריך ושעה)

Имя переводчика / שם המתרגם/ת кем он приходится пациенту / пациентке / קשריו למטופל/ת

*Ненужное зачеркнуть / מחק/י את המיותר