



Бланк согласия на низведение и фиксацию неопустившегося яичка ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS)

Крипторхизм или неопущение яичка - это врожденная патология, при котором яичко не опускается в мошонку до конца.

Цель операции состоит в том, чтобы опустить яичко в мошонку и зафиксировать его там, чтобы предотвратить бесплодие и чтобы как можно раньше обнаружить другие патологические состояния. Операция выполняется через разрез в паху, в ходе операции отделяется яичко, семявыносящий проток и кровеносные сосуды яичка (тестикулярные сосуды) от грыжевого мешка и окружающих спаек, чтобы позволить низведение яичка в мошонку. В случаях, когда в ходе операции выяснится, что тестикулярные сосуды слишком коротки, операция может быть проведена в два отдельных этапа или нужно будет отделить сосуды яичка от области живота. Эта манипуляция может стать причиной атрофии яичка. Если в ходе операции неопустившееся яичко окажется аномальным или недоразвитым, и его будет невозможно опустить в мошонку, рекомендуется его удалить. Операция проводится при полной анестезии.

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

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) устным образом предоставил мне подробное объяснение _____
Фамилия / משפחה שם Имя / פרטי שם

о необходимости выполнения операции низведения яичка с правой (בצד ימין) / левой (שמאל)* стороны (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах основной операции, то есть, на предоставление наилучших шансов на нормальное развитие яичка. Вместе с тем, мне было объяснено, что задержавшееся яичко изначально может иметь патологии, а потому может возникнуть необходимость в его удалении. Даже если яичко и будет нормальным, нет гарантий на то, что после операции оно будет нормально развиваться и/или что оно не вернется в паховую область - при данном явлении потребуются дополнительная операция.

Мне было объяснено, что нет других вариантов лечения крипторхизма.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о 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: инфекция, кровотечение, повреждение семенного канатика и/или тестикулярных сосудов и/или самого яичка, что приведет к его атрофированию.

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 больнице, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Мне было объяснено, что основная операция выполняется под общей анестезией, и объяснение об анестезии будет дано 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/аяся, знаю, 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.

_____ 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 (לאפוטרופוס 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 חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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

*מחקי/י את המיותר / *Ненужное зачеркнуть