



טופס הסכמה  
לניתוח לשחרור "אצבע הדק"

## Бланк согласия на хирургическое лечение синдрома щелкающего пальца

### RELEASE OF TRIGGER FINGER

Синдром щелкающего пальца возникает в результате повреждения сухожилий, сгибающих палец, как правило, по неизвестной причине. Во время хирургического вмешательства высвобождается поврежденное сухожилие, что позволяет восстановить нормальную подвижность пальца/ев. На разрез накладываются швы, которые будут сняты приблизительно через 10 дней. Лечение синдрома щелкающего пальца включает также послеоперационную физиотерапию.

Операция проводится под местной и/или регионарной анестезией в сочетании с наложением на оперируемую руку артериального жгута. При этом может возникнуть ощущение давления в руке.

Имя пациента (שם המטופל/ת): \_\_\_\_\_  
Фамилия / משפחה שם      Имя / פרטי שם      Отчество / אב שם      Номер уд. личности / .ת.ל

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

об операции по коррекции синдрома щелкающего пальца на правой (ביד ימין) / левой (שמאל)\*  
руке на пальце (באצבע) 1 / 2 / 3 / 4 / 5\* (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах  
лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым  
из этих процессов.

Мне было дано объяснение о желаемых результатах основной операции, которая решает  
данную проблему в большинстве случаев.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после  
основной операции, в том числе: боль, дискомфорт и местные гематомы, которые пройдут  
сами по себе.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе:  
спайки и ограничение подвижности, что потребует длительной физиотерапии, инфекция в  
месте операции и нервное поражение, которое, как правило, проходит. Перечисленные  
осложнения могут потребовать повторной операции для их исправления.

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

0436.ו

хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной и/или регионарной анестезии в сочетании с наложением артериального жгута, получив разъяснение об опасностях и осложнениях местной анестезии, в том числе: аллергическая реакция разной степени выраженности на анестезирующие препараты, а также возможность нервных и/или сосудистых повреждений при регионарной анестезии.

Если возникнет необходимость 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/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/ת / 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) \* 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	נומבר רישיון / Номер лицензии
------------------------	-----------------	-------------------------------

\*מחק/י את המיותר / \*Ненужное зачеркнуть