



**Бланк согласия: Операция
удаления миндалин / аденоидов -
«третье миндалины»**

ADENOIDECTOMY / TONSILLECTOMY

Операция удаления миндалин/аденоидов производится, как правило, по причине затруднения дыхания и/или при повторных и/или хронических воспалительных процессов; в некоторых случаях с целью предупреждения осложнений и/или нарушений со стороны среднего уха, и/или расстройств речи, и/или нарушений развития лицевого скелета. Операция выполняется под общим наркозом.

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

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

о необходимости удаления миндалин/аденоидов («третья миндалина») по поводу (בשל)

_____ (далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об альтернативных методах лечения, включая связанные с ними перспективы и риски.

Мне объяснено, что в некоторых случаях может возникнуть необходимость повторной операции из-за возобновившегося роста аденоидов («третья миндалина»).

Настоящим я подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах основной операции, включая болевые ощущения, дискомфорт и трудности при глотании.

Кроме того, я поставлен/а в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: немедленное или позднее кровотечение, которое может потребовать возвращения в операционную с целью остановки кровотечения; инфицирование; трудности при глотании, вплоть до необходимости госпитализации с целью внутривенного вливания жидкостей; травмы зубов, губ, десен и языка, а также нарушения речи, включая гнусавость; в случае, если гнусавость не пройдет сама по себе, может потребоваться корригирующая операция. В редких случаях возможно образование послеоперационных рубцов, которые могут повлечь сужение в области глотки и/или трубы, соединяющей глотку со средним ухом (евстахиева труба); такое сужение будет сопровождаться нарушениями функций. В исключительно редких случаях возможен летальный исход.

Я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства, изменить его характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни пациента или предотвращения осложнений, включая дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас, но я получил необходимые разъяснения и смысл их мне понятен. С учетом вышесказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, а также на

выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общей анестезией и что соответствующие разъяснения я получу от анестезиолога.

Мне известно и настоящим я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и согласно закону. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

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

תאריך / דת

שעה / זמן

חתימת המטופל/ת / חתימת המטופל/ת

שם האפוטרופוס (קרבה) /
Имя опекуна (степень родства) /

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /
Подпись опекуна (в случае неправопособного, 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 /

נומבר רישיון /
Номер лицензии /

*מחקי/את המיותר /
*Ненужное зачеркнуть /