

**Бланк согласия на
хирургическое лечение
отслоения сетчатки****REPAIR OF RETINAL DETACHMENT**

Цель операции по лечению отслойки сетчатки состоит в том, чтобы закрепить сетчатку на своем месте. Операция выполняется различными методами, которые в большинстве случаев включают инъекцию особого вещества в глаз. Отслоение сетчатки - это состояние, при котором сетчатка отходит со своего места, в результате чего снижается ее способность улавливать зрительные раздражители. Основные причины отслойки сетчатки: травма, заболевания глаз (близорукость, атрофия сетчатки), а также общие заболевания, например, сахарный диабет. Чтобы предотвратить необратимый ущерб, крайне важно начать лечение как можно раньше.

Операция выполняется при полной или частичной анестезии.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, что не существует иных методов лечения отслоения сетчатки помимо операции и/или инъекции газа в глаз.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах, а также о том, что в некоторых случаях возникает необходимость в дополнительной/ых операции/ях, чтобы вернуть сетчатку на свое место.

Мне было дано объяснение о побочных эффектах после операции, в том числе: боль, дискомфорт, покраснение и отек.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной процедуры, включающих: кровотечение и изменения рефракции, что потребует ношения очков или изменения предыдущего числа диоптрий очков. Более редкие осложнения включают: опущение века, двойственность зрения, повышение внутриглазного давления, инфекции и даже полная потеря зрения в оперируемом глазу и сжатие глазного яблока.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуются 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 медицинском учреждении, потребуются во время проведения основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - после того, как мне были разъяснены перспективы и осложнения местной анестезии, в том числе: кровотечение, инфекция, поражение глаза, в редких случаях - потеря зрения. Если будет решено провести основную операцию под общей анестезией, 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.

Подпись пациента / опекуна _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, 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.

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

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

о необходимости выполнения хирургического лечения отслоения сетчатки на правом (ימין) / левом (שמאל)* глазу (далее: основная операция).

_____ _____ _____
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 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

*Ненужное зачеркнуть (את המיותר מחקי/י)