



טופס הסכמת להרדמה

Бланк согласия на анестезию ANESTHESIA

Общепринятыми видами анестезии (наркоза) являются: общая , регионарная и местная анестезии, а также их сочетание

Общая анестезия выполняется с помощью инъекции препаратов в кровеносную систему и/или введения препаратов в дыхательную систему через трубку, вводимую в трахею (тубус) и/или через специальную маску. Данные препараты оказывают такое воздействие, как снижение уровня сознания, расслабление мышц и снижение болевой чувствительности. Скорость выхода из наркоза зависит от различных факторов, связанных с видом операции, анестезии и с общим состоянием пациента.

Регионарная анестезия выполняется при помощи инъекции препаратов в нервы или в область вокруг них и приводит к обезболиванию определенного участка тела. Пример регионарной анестезии - эпидуральная и спинальная анестезия, когда средство вводится в пространство вокруг спинного мозга (в спине).

Местная анестезия выполняется с помощью инъекции препаратов в области оперируемого участка. Как правило, ее выполняет сам хирург.

Иногда прибегают к комбинации нескольких видов анестезии, например: общая и регионарная анестезия, регионарная анестезия и местная анестезия, а также сочетание нескольких методов регионарной анестезии.

Риски всех видов анестезии не обязательно связаны с видом операции и степенью ее сложности.

Беременные женщины: при любых видах анестезии анестезирующие средства могут частично проникать к плоду, и в редких случаях возможны побочные явления и осложнения для плода или риски для продолжения беременности.

В обязанности пациента входит сообщить анестезиологу полную информацию о своих заболеваниях, чувствительности к лекарствам и реакциях на предыдущие наркозы, включая осложнения, если таковые наблюдались.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о различных видах анестезии, в том числе о рисках и осложнениях каждого из них; а также о том, что существует вероятность изменения вида анестезии и/или комбинации разных методов анестезии (например, общей и местной или общей и регионарной) и/или необходимости перейти от одного вида анестезии к другому - в соответствии с решением анестезиологов и хирургов.

Мне было дано объяснение о распространенных побочных эффектах после **общей анестезии**, в том числе: боль в горле и дискомфорт при глотании, боль в мышцах, тошнота и/или рвота, а также общий дискомфорт. Кроме того, мне было дано объяснение о возможных опасностях и осложнениях основной процедуры, в том числе: ущерб зубам и трахеей в результате введения необходимого для наркоза инструментария. Могут иметь место очень редкие тяжелые осложнения, в том числе: тяжелая аллергическая реакция, синдром злокачественной гипертермии, нарушение

я функций печени и/или других жизненно важных систем организма. В самых редких случаях данные осложнения могут приводить к смертельному исходу.

Мне было дано объяснение о побочных эффектах во время **регионарной анестезии**, в том числе: ощущение дискомфорта и давления в области инъекции. По окончании анестезии отсутствие чувствительности и ограниченность подвижности (вплоть до временного паралича) продолжится. Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: местная инфекция и/или развитие абсцесса, а также местная гематома. Помимо этого, спинальная и/или эпидуральная анестезия иногда сопровождается

Подпись пациента / חתימת המטופל/ת: _____



болями в спине, а также существует вероятность истечения цереброспинальной жидкости и/или проникновения иглы в оболочку спинного мозга, что может становиться причиной острых и/или продолжительных головных болей. Данные явления требуют лечения. В очень редких случаях может иметь место необратимое поражение нервов конечностей и/или мочевого пузыря.

Я даю свое согласие на выполнение анестезии за исключением (אני מותר/ת בזאת את הסכמת) (לביצוע хирургии для):

Мне было объяснено, что может произойти неудача в выполнении анестезии вследствие ограничений, вызванных анатомическим строением, некоторые из которых невозможна предвидеть заранее. Данная неудача в некоторых случаях может потребовать лечения для обеспечения деятельности жизненно важных систем организма вплоть до принятия мер по спасению жизни. Мне было разъяснено, что в таком случае запланированная операция может не состояться.

Мне известно, и я согласен/a с тем, что анестезия, вне зависимости от ее вида, будет выполнена теми, кому она будет поручена согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что она будет выполнена полностью или частично определенным человеком.

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

Я заявляю и подтверждаю, что получил/a
подробное устное объяснение от доктора (ר'ת) _____
Фамилия / _____
שם המשפחה /
Имя / _____
שם פרטי /

о необходимости выполнения анестезии для проведения запланированной операции.
Кроме того, мне было дано объяснение о целях анестезии и возможных способах ее выполнения.

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

Имя опекуна (степень родства) / _____
(שם האפוטרופו/ת)
Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или
душевнобольного) (במקרה של פסול דעת, קטן או חולה נפש) / _____
חתימת האפוטרופו/ת (במקרה של פסול דעת, קטן או חולה נפש)

Я подтверждаю, что устно объяснил/a пациенту/ке (למטופל/ת) опекуну пациента/ки (לאפוטרופו/ת)* приведенную выше информацию с необходимыми подробностями, 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 סברתי בعل פה למטופל/ת לאפוטרופו/ת* את כל האמור לעיל בפירות הדרוש וכי הוא/היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששמענו/ת כי הבין/ה את הסבר/י במלואם.

Имя врача / שם הרופאה / _____
Подпись / חתימה / _____
Номер лицензии / מספר רישיון / _____
*Ненужное зачеркнуть (*מחק/י את המיותר)