

Бланк согласия на операцию
DCR–восстановление
слезных путей

**DCR SURGERY – RECONSTRUCTION OF THE TEAR
DRAINAGE CHANNEL**

Целью операции является улучшение дренажа слезной жидкости из глаза и снижение ощущения повышенного слезотечения.

Операция проводится при полной или местной анестезии.

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.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль, дискомфорт, покраснение и отек век, глаз и щеки.

Мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, кровотечения в нос и подкожные гематомы вокруг глаз, ощущение инородного тела в носу. В течение нескольких недель будет сильно заметен шрам, который в значительной степени сгладится позднее. Разумеется, несмотря на проведенную операцию, существует вероятность повторной непроходимости слезных путей. В таком случае потребуются еще одна операция.

Данной подписью я даю свое согласие на проведение операции DCR – восстановление слезных путей.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения процедуры 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 согласен на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая 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 анестезии – после того, как мне были разъяснены возможные перспективы и осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии.

Если будет решено провести основную операцию при общей или регионарной анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, что в том случае, если медицинский центр является филиалом университета, то в процессе обследования и лечения могут принимать участие студенты, находящиеся под полным наблюдением и контролем.

Я согласен/согласна с тем, что лечение в больнице будет проводиться теми лицами, на которых это возложено согласно действующим в больнице правилам и инструкциям; и я заявляю, что мне не обещано, что оно будет проводиться, полностью или частично, каким-либо определенным лицом.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, знаю, что возможна ситуация, при которой во время моей выписки тот врач, который меня лечил / оперировал, не будет находиться в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, что бы другой врач провел процедуру выписки от его имени.

Подпись пациента / опекуна _____
(אפוטרופוס / חתימת המטופל)

Имя пациента/пациентки (שם המטופל/ת):

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

Отчество / שם האב . ת.ד. / Номер уд. Личности/

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) _____

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

устным образом предоставил мне подробное объяснение о необходимости проведения операции

направом (ימין) глазу ,

на левом (שמאל) глазу

Дата / תאריך

Время / שעה

Подпись пациента /пациентки / חתימת המטופל/ת

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

Подпись опекуна (вслучае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/пациентке/ опекуну пациента/пациентки / переводчику пациента/пациентки* приведенную выше информацию с требуемой подробностью, и что пациент/пациентка / опекун поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/убедилась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

Имя врача / שם הרופא/ה

Подпись / חתימה

Номер лицензии / מספר רישיון

Имя переводчика (שם המתרגם/ת)

Кем приходится пациенту/пациентке (קשריו למטופל/ת)

*Ненужное зачеркнуть / מחק/י את המיותר