

## Бланк согласия на операцию по исправлению косоглазия OPERATIONS ON EXTRAOCULAR MUSCLES

Операция проводится с целью скорректировать относительное положение глаз, укоротив и/или удлинив внешние мышцы глазного яблока, отвечающие за движения глаз. Операция не изменяет остроту зрения в каждом из глаз, она лишь исправляет внешнее проявление косоглазия, а иногда и функционирование обоих глаз. Хирургическая коррекция - это один из вариантов лечения в серии возможных процедур, включающих также ношение очков и/или заклеивание одного глаза в качестве лечения амблиопии (ленивого глаза). Эти процедуры выполняются до и/или после операции. Во время каждой операции оперируют одну или две мышцы на одном глазу или на обоих - в зависимости от ситуации.

Операция проводится при полной или местной анестезии.

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

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ר"ט) устным образом предоставил мне подробное объяснение \_\_\_\_\_  
Фамилия / שם משפחה      Имя / שם פרטי

о необходимости операции по исправлению косоглазия на правом (עין ימין) / левом глазу (עין שמאל) / на обоих глазах (שת עיניים)\*, на одной мышце (שריר אחד) / двух мышцах (שני שרירים) (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах операции, включающих изменения угла косоглазия, в том числе постепенное дополнительное улучшение или ухудшение, то есть, возвращение к исходному углу косоглазия или проявление косоглазия другого типа. В таких случаях можно провести дополнительную операцию.

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

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях и рисках в ходе операции, в том числе: кровотечение, инфекция, а в редких случаях снижение зрения.

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 потребуется 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 перспективы и осложнения местной анестезии, в том числе: кровотечение, инфекция, поражение глаза, в редких случаях - потеря зрения. Если будет решено 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/аясь, 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.**

Дата / תאריך	Время / שעה	Подпись пациента / חתימת המטופל/ת
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוקורפו (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или חתימת האפוקורפו (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) / душевнобольного)	
<p>Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) опекуну пациента/ки (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.</p> <p>אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת לאפוקורפו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששמענו/ה כי הבין/ה את הסבירי במלואם.</p>		

Имя врача / שם הרופא/ה	Подпись / חתימה	Номер лицензии / מס' רישיון

\*~~מחק/י את המיותר~~ (מחק/י את המיותר)