



טופס הסכמה  
לניתוח מיקרוגפי בשיטת מוז

## Бланк согласия на микрографическую операцию по методу Моса MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

Микрографическая операция по методу Моса - это уникальный метод хирургического лечения рака кожи. Операция названа в честь ее автора доктора Фредерика Моса.

Данная методика эффективна при большинстве онкологических заболеваний кожи, но в основном она применяется для лечения базально-клеточной карциномы (BASAL CELL CARCINOMA) и плоскоклеточной карциномы (SQUAMOUS CELL CARCINOMA). Операция Моса проводится при местной анестезии, и в очень редких случаях - при полной. В ходе операции большая ткань удаляется тонкими слоями по всему объему и глубине. Удаленная ткань проходит картирование и обработку методом замороженных срезов в лаборатории, расположенной рядом с операционной и проверяется хирургом под микроскопом. Другие удаления оставшейся опухолевой ткани выполняются тем же методом плоть до обнаружения под микроскопом здоровой ткани. По окончании операции выполняется реконструкция поврежденной области. Реконструкция производится методом сшивания, если это возможно; или с помощью сдвигания кожи с прилежащей области к поврежденной зоне; или при помощи пересадки кожи с удаленного участка. Период выздоровления после операции до момента снятия швов составляет, как правило, 7-14 дней.

На месте проведения операции остается шрам. Во многих случаях этот шрам маленький практически незаметный, но в определенных случаях он довольно выделяющийся. Форма шрама зависит и от структуры кожи, и от индивидуальной реакции пациента на лечение ран. Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах, то есть, о том, что операция по методу Моса позволяет достичь самых высоких процентов выздоровления, самого низкого уровня рецидивов - с максимальным сохранением здоровой ткани и минимальным потенциалом образования шрама или деформации. Мне было разъяснено, что до операции невозможно оценить масштабы удаления ткани и нехватку ткани, которая образуется после основной операции. Часто объем удаленной ткани не намного больше, чем видимая глазу опухоль до основной операции.

Мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, в том числе: удаление без контроля под микроскопом, замораживание жидким азотом, местное облучение или разрушение опухоли лазером; включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих методов, а также необходимые при этом проверки и процессы.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: покраснение, отек, боль и дискомфорт. Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях в ходе основной операции и после нее, в том числе: местное кровотечение, местная инфекция, расхождение швов и не прижившийся кожный имплантат в результате вышеупомянутых осложнений. Эти осложнения встречаются не часто.

Другие осложнения в зависимости от операции (o:יבוכים נוספים בתלות בניתוח):

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

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 / חתימת המטופל/ת:



Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - после того, как мне были разъяснены возможные осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии. Если будет решено провести основную операцию под общей анестезией, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

**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 \_\_\_\_\_  
Фамилия / שם משפחה / שם פרטי /  
Имя / שם الأب /  
Отчество /  
Номер уд. личности / ג.ל.

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а \_\_\_\_\_  
подробное устное объяснение от доктора (ר"ד) \_\_\_\_\_  
שם המשפחה /  
שם פרטי /  
Имя /

о микрографической операции по методу Моса в области: (באזור):

(далее: основная операция).

Отметьте место операции / ציין את מקום הניתוח /

Дата / תאריך \_\_\_\_\_ Время / שעה \_\_\_\_\_ Подпись пациента / חתימת המטופל/ת \_\_\_\_\_

Имя опекуна (степень родства) /  
שם האפוטרופו (קרבה)  
Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или  
חותימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) /

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке / (لمטופל/ת) / опекуну пациента/ки  
(לאפוטרופו 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 / לאפוטרופו של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרש ויכי  
הוא/הייא חתום/ה על הסכמה בפניהם לאחר ש肖כנעתי כי הבינו/ה את הסבריו במלואם.

Имя врача / שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ Подпись / חתימה \_\_\_\_\_ Номер лицензии / מספר רישיון /

\*Ненужное зачеркнуть (\*מחק/ את המיותר)