

מדבקת המטופל

טופס הסכמה ל

**כריתת טחורים \ קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד \ קיבוע טחורים \ פעולה לטחורים בלייזר**

Бланк согласия пациента

**на хирургическую резекцию геморроя/ легирование кровеносных сосудов геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем/фиксацию геморроидальных узлов /лазерное лечение геморроя**

**HEMORRHOIDECTOMY/STAPLEDHEMORRHOIDOPEXY/ HEMORRHOIDAL ARTERY LIGATION HEMORRHOID LASERPROCEDURE**

Существуют различные хирургические методы лечения геморроя, и решение о том, как лечить, принимается по усмотрению врача и на основании полученных данных.

Операция проводится через задний проход.

При хирургической резекции геморроя большая часть геморроидальной ткани иссекается с помощью диатермического / энерго-устройства.

В хирургии легирования кровеносных сосудов, снабжающих геморроидальные узлы, под ультразвуковым контролем, используется допплеровское устройство для идентификации питающих артерий и их закрытию.

Операция по фиксации геморроидальных узлов (PPH) выполняется с помощью штифтового устройства и не разрезает геморроидальный узел, а возвращает его на свое место в анальном канале.

Лазерная хирургия геморроя: существуют две лазерные процедуры для лечения геморроя, которые используют направленную энергию, позволяя применить точечное воздействие без повреждения соседних тканей.

При одной процедуре геморрой фиксируется введением лазерного волокна в саму геморроидальную ткань, при другой процедуре используется доплеровское устройство, для идентификации кровеносных сосудов, ведущих к геморроидальному узлу и прижигание их с помощью лазера.

Вид анестезии, сопровождающий данную операцию: (обведите кружком нужное) без наркоза / **общий наркоз** **/ сегментарное обезболивание / местный наркоз.**

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: ( ה ק ף ב ע י ג ו ל א ת ה מ ת א י ם): **ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**

**Имя пациента:**

**שם המטופל:**

ИМЯ ПАЦИЕНТА/КИ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המטופל/ת ФАМИЛИЯ / שם משפחה ИМЯ / שם פרטי Родительское имя/ שם ההורה УД. ЛИЧНОСТИ / ת"ז

 Я заявляю и подтверждаю, что я получил/а подробные разъяснения устно от доктора:

אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי הסברים מפורטים בעל פה מהרופא/ה:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия/ שם משפחה Имя/שם פרטי

 Дата/תאריך Время/שעה Подпись пациента(ки)/חתימת המטופל/ת

о необходимости резекции геморроидальных узлов/ легирование кровеносных сосудов геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем /фиксации геморроидальных узлов/лазерного лечения геморроя.

Мне также перечислили и разъяснили существующие варианты консервативного лечения или различные хирургические методы лечения геморроя, перечисленные выше.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне перечислили и разъяснили побочные эффекты после операции/лечения/основной операции, включая боль и дискомфорт, а именно:

кровотечение или боль после операции.

Мне объяснили, и я понимаю, что есть вероятность того, что в ходе операции по резекции геморроя / легированию кровеносных сосудов геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем / фиксации геморроидальных узлов /лазерному лечению геморроя для проведения лечения необходимо будет провести лечебные мероприятия, такие как: изменение вида анестезии в случае чрезмерного кровотечения.

Мне также разъяснили риски и возможные осложнения, в том числе: сильное кровотечение, сужение заднего прохода, повреждение внутренних мышц сфинктера, что может привести к временной или постоянной дисфункции сфинктера, вплоть до отсутствия контроля газов и/или испражнений.

 Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили, и я понимаю, что существует вероятность того, что во время операции по резекции геморроя / легированию кровеносных сосудов геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем / фиксации геморроидальных узлов /лазерному лечению геморроя необходимо будет расширить объем операции, изменить ее течение или применить другие или дополнительные непредвиденные процедуры с целью спасения жизни или предотвращения телесных повреждений. Поэтому, я также согласен на такое расширение объема операции, изменение или выполнение других или дополнительных процедур, включая действия, которые, по мнению врачей больницы, будут необходимы в ходе основной операции/основного лечения.

Мне разъяснили, что, если операция проводится под **общим наркозом / сегментарным обезболиванием / отключением нервных окончаний**, разъяснения по поводу обезболивания будут предоставлены анестезиологом.

Если операция по резекции геморроя / легированию кровеносных сосудов геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем / фиксации геморроидальных узлов /лазерному лечению геморроя будет проводиться под местным наркозом, настоящим я даю свое согласие также на проведение местной анестезии с внутривенным введением седативных средств или без него после того, как мне разъяснили риски и осложнения при местной анестезии, включая аллергические реакции различной степени на анестетики и возможные осложнения при применении седативных средств, которые могут изредка вызывать нарушения дыхания и сердечной деятельности, особенно у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и у пациентов с расстройствами дыхательной системы.

Я осведомлен, что пациенту делают внутривенное переливание крови или некоторых ее компонентов, таких как концентрат эритроцитов, свежей плазмы, концентрат тромбоцитов и криопреципитата, при необходимости, во время операции или другого лечения, вследствие болезни или кровопотери или недостаточного объема крови или одного из ее компонентов. Переливание крови ее компонентов предназначено для спасения жизни, повышения шансов пациента на выздоровление и излечение. Кровь и/или ее компоненты, предназначенные для переливания, собираются и проверяются строго в соответствии с процедурами Министерства здравоохранения. Также исследуется соответствие и пригодность доз крови и ее компонентов для принимающего пациента.

 Вместе с тем существует очень небольшой риск того, что не будет достигнуто полное соответствие крови и/или ее компонентов организму пациента и, как следствие, может возникнуть аллергическая реакция, проявляющаяся повышенной температурой, сыпью или ознобом. Данные реакции успешно поддаются лечению. В очень редких случаях может возникнуть гемолитическая реакция (разрушение эритроцитов), что в крайних случаях может привести к нарушению функции почек, а также к летальному исходу.

Также несмотря на то, что подготовка пакетов крови и ее компонентов и их проверка в банке крови осуществляются с применением новейших методов выявления возможного инфицирования, существует небольшая вероятность проникновения инфекции в организм пациента. Данная инфекция может не обнаруживаться в течение нескольких месяцев или лет. Риск заражения вирусным гепатитом и СПИДом (вирусом иммунодефицита человека) существует, но крайне мал.

Несмотря на вышесказанное, риск для состояния здоровья пациента, связанный с отказом от получения крови и ее компонентов во время операции или лечения, намного превышает риск при получении крови или ее компонентов. К рискам отказа от получения крови и ее компонентов относятся удлинение сроков госпитализации, безрезультатность лечения, медицинские осложнения, а в некоторых случаях даже летальный исход.

В свете вышеизложенного я согласен/а на переливание крови, если это оправдано моим состоянием здоровья.

Я осведомлен о том, что, если Медицинский центр включает в себя филиал университета, студенты могут принимать участие в лечении под полным контролем и наблюдением.

Я знаю и согласен/а с тем, что хирургическая резекция геморроя/ легирование кровеносных сосудов геморроидальных узлов под ультразвуковым контролем/фиксация геморроидальных узлов /лазерное лечение геморроя и все основные процедуры будут выполнены уполномоченным лицом, в соответствии с инструкциями Медицинского центра, и что мне не было гарантировано выполнение всех или части из них определенным лицом, при условии, что они выполняются в соответствии с принятой ответственностью и в соответствии с законом.

**Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения:**

**אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי**:

 Дата/תאריך Время/שעה Подпись пациента(ки)/חתימת המטופל/ת

 Имя опекуна (степень родства или близости к пациенту)/שם האפוטרופוס (קירבה)

Подпись опекуна (в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного лица)

 חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

Я заявляю, что целиком и полностью перевел пациенту/пациентке содержание настоящего документа и разъяснения врача на / לשפה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ язык.

אני מצהיר/ה כי תרגמתי למטופל באופן מלא ושלם את תוכן מסמך זה ואת הסברי הרופא לשפה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ИМЯ ПЕРЕВОДЧИКА(ЦЫ) / О(ЕЕ) СВЯЗЬ С ПАЦИЕНТОМ(КОЙ) ПОДПИСЬ ПЕРЕВОДЧИКА/ЦЫ

 חתימת המתרגם/ת קשריו/ה למטופל/ת שם המתרגם/ת

Fh gzrtЯ подтверждаю, что устно разъяснил пациенту/пациентке / опекуну пациента/пациентки / переводчику пациента/пациентки\* все вышесказанное с требуемой подробностью, и что пациент/пациентка м/ опекун пациента/пациентки подписал/а согласие в моем присутствии после того, как я убедился в том, что он/она понял/а мои разъяснения полностью.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם/ת 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 Лицензия №/מס' רישיון

\*Лишнее удалите מחק/י את המיותר