

טופס הסכמה: אורטרוסקופיה URETEROSCOPY БЛАНК СОГЛАСИЯ: УРЕТЕРОСКОПИЯ

Уретероскоп, т.е. прибор для исследования мочеточника, может быть жестким или гибким, причем он снабжен телескопом, позволяющим осматривать верхние мочевые пути. Сквозь него можно проводить также различные инструменты, например, щипцы, катетеры с баллоном или с корзинками и дробителями камней различных видов. Уретероскопия производится для диагностики и лечения опухолей, камней, сужений и т.д. Прибор вводится через уретру под местной или регионарной анестезией, или под общим наркозом. По окончании уретероскопии в мочеточник, на участке между почкой и мочевым пузырем, вводится обычно внутренний катетер, чтобы обеспечить дренирование почки на время, пока не пройдет отек, вызванный описываемым вмешательством.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости выполнения диагностической и/или лечебной* уретероскопии. Детали планируемого лечения _____

(далее: «основное лечение»).

Мне объяснены возможные в моем случае другие способы диагностики и лечения, а также шансы на успех и опасности, связанные с каждым из них.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих основному лечению явлениях, включая боли и дискомфорт в поясничной области и в животе, частые позывы к мочеиспусканию и жжение при мочеиспускании, примесь крови в моче. Эти проявления бывают недолгими и в большинстве случаев проходят в течение суток.

Кроме того, я осведомлен/а о том, что возможны следующие осложнения: инфекция, сопровождающаяся повышением температуры; закупорка мочеточника либо вследствие отека, либо осколками камней; прободение мочеточника; образование сужения мочеточника в более позднем периоде; в редких случаях – отрыв мочеточника. Для лечения описанных осложнений в большинстве случаев достаточно оставить в мочеточнике катетер на срок от нескольких дней до нескольких недель. В единичных случаях требуется открытая операция. При образовании сужения мочеточника требуется дополнительное лечение методом 1997 /OUROL/URTR/5631/0079 'ט

уретероскопии или путем открытой операции. В редких случаях необходимо удаление почки.

Основное лечение является относительно новым методом, и поэтому возможны неизвестные в настоящее время осложнения.

Настоящим я даю согласие на проведение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения или после его окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане

возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основного лечения, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основного лечения. Я даю согласие также на выполнение местной анестезии, в случае необходимости и в соответствии с профессиональными соображениями врачей, будучи осведомлен/а о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты. Если будет решено провести основное лечение под регионарной анестезией или под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу от врача-анестезиолога. Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

חתימת החולה	שעה	תאריך
подпись больного	час	дата

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее зачеркнуть