

טופס הסכמה: כריתת האהוד הגבי העליון בתורסקופיה בשל הזעת יתר בידיים
**THORACOSCOPIC UPPER DORSAL SYMPATHECTOMY FOR
PALMAR HYPERHYDROSIS**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ
СИМПАТЕКТОМИЯ ПРИ ПОТЛИВОСТИ ЛАДОНЕЙ**

Чрезмерная потливость ладоней связана с повышенной активностью одного из отделов нервной системы. Ее можно уменьшить путем перерезки или удаления нерва, иннервирующего потовые железы ладони и ответственного за их функцию. Операция производится по методу торакоскопии.

Торакоскопия – это хирургическое воздействие, при котором через маленький разрез (одно- или двусторонний) стенки грудной клетки в последнюю вводятся инструменты, с помощью которых производятся необходимые манипуляции.

Операция производится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

.i.n

фамилия

имя

имя отца

номер паспорта

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

שם פרטי

имя

שם משפחה

фамилия

об операции удаления нерва, ответственного за чрезмерную потливость ладоней справа/слева/с двух сторон* методом торакоскопии (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно о том, что основная операция, возможно, не приведет к уменьшению потливости, и/или потливость возобновится.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о возможных сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, излишнюю потливость других областей тела.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной операции, включая: кровотечение, которое в редких случаях может потребовать вскрытия грудной клетки для остановки кровотечения; инфекцию, опущение века, повреждение органов грудной клетки. В случаях скопления воздуха внутри грудной клетки возникает необходимость ее дренирования путем введения в грудную полость трубки на определенное время.

Я поставлен/а в известность о том, что существует возможность произвести операцию «открытым способом». После того, как мне были объяснены сущность «открытого способа», его преимущества и недостатки, я взвесил/а обе возможности и предпочел/а торакоскопию.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции методом торакоскопии.

Я поставлен/а в известность, что во время операции торакоскопии перерезка или удаление нерва могут оказаться невыполнимыми, и тогда возникнет необходимость перейти к операции «открытым способом».

Я прошу продолжить/не продолжать* операцию «открытым способом», при которой производится разрез над ключицей или в подмышечной области.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем операции и/или изменить ее характер; возможно, потребуются

другие/дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные 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 всего сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера

вмешательства, 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 основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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 подпись больного	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

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

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

* Лишнее стереть