

**סופו הסכמה לניתוח בעמוד שדרה מותני**  
**Форма согласия: операция на поясничном отделе**  
**позвоночника**  
**Lumbar spine surgery**

Дегенеративные изменения и изменения вследствие воспалительных процессов в позвонках поясничного отдела и/или в дисках между ними могут способствовать возникновению прогрессирующего давления на спинной мозг и выходящие из него нервы и нарушать стабильность поясничного отдела позвоночника. Такое давление вызывает боль и способствует развитию прогрессирующего неврологического повреждения. Цель операции — остановить прогрессирование боли и неврологического повреждения, а также стабилизировать поясничный отдел позвоночника. Давление на спинной мозг спереди вызывается телами позвонков и дисками между ними. Давление на спинной мозг сзади вызывается изменениями в дугах позвонков. Операция направлена на удаление дисков и частей позвонков, вовлеченных в создание давления на нервы. Удаление позвоночных дисков (дискотомия) и дуг позвонка (ламинэктомия) в поясничном отделе позвоночника осуществляется при заднем доступе, по средней линии нижней части спины. Удаление тела позвонка (корпорэктомия) осуществляется при переднем и/или боковом доступе через брюшную полость. Во избежание нестабильности между позвонками или в качестве лечения существующей нестабильности осуществляется фиксация позвонков с применением заднего доступа и/или переднего доступа по мере необходимости. Для достижения стабильности в пространство, образовавшееся после удаления дисков и тел позвонков вставляется костный трансплантат, взятый из подвздошного гребня, или синтетические заменители кости, изготовленные из различных материалов, или клетки кости, содержащие стимуляторы роста костной ткани. Продольная фиксация позвонков может быть передней и/или задней и/или боковой, и она выполняется с помощью стержней и / или металлических пластин, прикрепленных к позвонкам винтами. После каждой операции ненадолго оставляется наружный дренаж. После операции по фиксации позвонков ожидается незначительное или серьезное ограничение подвижности нижней части спины, в зависимости от степени фиксации; операция выполняется под общим наркозом.

Имя и фамилия  
пациента:

\_\_\_\_\_

Фамилия

\_\_\_\_\_

Имя

\_\_\_\_\_

Имя отца

\_\_\_\_\_

Номер  
удостоверения  
личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что получил подробные устные разъяснения от д-ра:

\_\_\_\_\_

Имя и фамилия

о необходимости проведения дискотомии/ корпорэктомии / фиксации / ламинэктомии\* на поясничном отделе позвоночника (далее: «основная операция»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне предоставили объяснение касательно возможных альтернативных вариантов лечения при сложившихся обстоятельствах, а также проинформировали о побочных эффектах и рисках, связанных с этими вариантами лечения.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне предоставили разъяснения касательно ожидаемых результатов и побочных эффектов операции, включая боль, отек и дискомфорт в спине или в области живота, кишечные расстройства, боль и/или нарушение чувствительности в ногах и/или в нижней части тела, которые постепенно пройдут.

Мне также сообщили о возможных осложнениях основной операции, включая кровотечение в области операции, развитие инфекции в области операции, вытекание спинномозговой жидкости, менингит, ненадлежащее сращивание позвонков и возможность нестабильности поясничного отдела позвоночника, повреждение кровеносных сосудов или другого органа в брюшной полости, незначительное или серьезное повреждение нервов, временное или необратимое, в нижних конечностях и/или в области сфинктеров. Мне объяснили, что для лечения этих осложнений могут потребоваться дополнительные операции. Мне также объяснили, что существует вероятность того, что, несмотря на операцию, боли и существующие неврологические нарушения могут не пройти. Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне объяснили, что существует вероятность того, что во время основной операции выяснится, что есть необходимость в расширении объема хирургического вмешательства или выполнении других или дополнительных процедур, включая дополнительные хирургические процедуры и/или процедуры для лечения осложнений, которые на данный момент невозможно предвидеть достоверно или полностью, но сущность которых мне объяснили. Поэтому я даю свое согласие также на расширение объема хирургического вмешательства, изменение хода операции или выполнение других или дополнительных процедур, включая операции, которые, по мнению врачей, будут необходимы или жизненно важны в ходе основной операции или сразу после ее завершения.

Мне объяснили, что основная операция проводится под общим наркозом, и что разъяснения касательно наркоза будут предоставлены анестезиологом.

Я знаю и согласен(-на) с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполняться назначенным лицом, в соответствии с процедурами и правилами, принятыми в больнице, и что мне не было обещано, что они (полностью или частично) будут выполнены определенным лицом, при условии, что они будут проводиться с ответственностью, принятой в больнице, и в соответствии с законом, и что ответственность за проведение операции несет д-р:

Имя и фамилия		
Дата	Время	<b>X</b> Подпись
Имя и фамилия опекуна	Степень родства опекуна	Подпись опекуна (в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что я в устной форме подробно объяснил пациенту/опекуну пациента\* все вышесказанное, и что он/она подписал(-а) форму согласия в моем присутствии после того, как я убедился, что мои объяснения ему/ей полностью понятны.

Имя и фамилия врача	Подпись и печать врача	Номер лицензии
---------------------	------------------------	----------------

- Ненужное зачеркнуть