

טופס הסכמה לניתוח בעמוד שדרה צווארי
Форма согласия: операция на шейном отделе позвоночника
CERVICAL SPINE SURGERY

Дегенеративные изменения и изменения вследствие воспалительных процессов в позвонках шейного отдела и/или в дисках между ними могут способствовать возникновению прогрессирующего давления на спинной мозг и выходящие из него нервы и нарушать стабильность шейного отдела позвоночника. Такое давление вызывает боль и способствует развитию прогрессирующего неврологического повреждения. Цель операции — остановить прогрессирование боли и неврологического повреждения, а также стабилизировать шейный отдел позвоночника. Давление на спинной мозг спереди вызывается телами позвонков и дисками между ними. Для их удаления проводится операция с передним доступом, со стороны шеи. В ходе этой операции удаляется часть тела позвонка или весь позвонок (корпорэктомия) и/или диск, расположенный между позвонками (дискотомия). Давление на спинной мозг сзади вызывается дугой позвонка, и во время операции, проводимой с применением заднего доступа, удаляется дуга позвонка (ламинэктомия). Для устранения нестабильности между позвонками или в качестве лечения при существующей нестабильности в пространство, образовавшееся после удаления дисков и тел позвонков вставляется костный трансплантат или синтетические заменители кости, изготовленные из различных материалов, или клетки кости, содержащие стимуляторы роста костной ткани.

Фиксация позвонков по их длине может быть передней или задней или между позвонками и черепом, и она выполняется с применением металлической проволоки и особых винтов. В редких случаях используются одновременно оба доступа — передний и задний.

После каждой операции ненадолго оставляется наружный дренаж и на шее носится воротник на протяжении периода реабилитации. После операции по фиксации позвонков ожидается постоянное, незначительное или серьезное ограничение подвижности шеи, в зависимости от степени фиксации. Операция будет проведена под общим наркозом.

Имя и фамилия
хирурга:

Фамилия

Имя

Имя отца

Номер
удостоверения
личности

Имя и фамилия

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

о необходимости проведения дискотомии/ корпорэктомии / фиксации / ламинэктомии * на шейном 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 явлениях и рисках, связанных с этими вариантами лечения.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что меня проинформировали об ожидаемых результатах операции и о побочных эффектах операции, включая боль, отек и дискомфорт в области шеи, а также охриплость и нарушение глотания, которые постепенно пройдут. Мне также сообщили о возможных осложнениях основной операции, включая кровотечение в области шеи, развитие инфекции в области операции, вытекание спинномозговой жидкости, менингит, ненадлежащее сращивание позвонков и возможность нестабильности шейного отдела позвоночника, повреждение кровеносных сосудов в области шеи, пищевода, временное или необратимое нарушение иннервации голосовых связок, незначительное или серьезное повреждение нервов, временное или необратимое, в нижних конечностях, в области диафрагмы и/или 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; 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 врача

Дата	Время	Х	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