

טופס הסכמה: בדיקה אנדוסקופית של כיס השתן

CYSTOSCOPY

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – ЦИСТОСКОПИЯ**

Цистоскоп – это жесткий или гибкий прибор, снабженный телескопическим устройством и позволяющий визуально исследовать мочевой пузырь и уретру. Через цистоскоп можно также вводить различные инструменты, в том числе катетеры, с целью диагностики и проведения некоторых лечебных воздействий, к которым относятся взятие биопсии, удаление опухолей, извлечение камней и сгустков крови и т.д. Кроме того, через цистоскоп можно вводить специальные катетеры для диагностики и лечения заболеваний мочеточников и почек.

Цистоскоп вводится через уретру, причем у мужчин цистоскопия производится, как правило, под местным обезболиванием, а в случае необходимости – под регионарной анестезией или под общим наркозом. У женщин обычно обезболивание не требуется.

При обследовании пациент/ка лежит на спине, ноги подняты, согнуты в коленях, разведены в стороны и находятся на опорах.

\_\_\_\_\_ данные больного  
שם פרטי      שם משפחה  
имя                      фамилия  
שם האב      .ג.ל  
имя отца              номер паспор

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

שם פרטי      שם משפחה  
имя                      фамилия

о необходимости проведения диагностической и/или лечебной\* цистоскопии (Cystoscopy).

Описание планируемого лечения \_\_\_\_\_

פרט אפשריות הטיפול המתוכנן

(далее – «Основное исследование»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о возможных побочных явлениях, связанных с основным исследованием, включая: боль, дискомфорт, жжение, частые позывы к мочеиспусканию и кровь в моче. Все это временные явления, которые в большинстве случаев проходят в течение 24 часов.

Мне разъяснено и я понимаю, что в процессе диагностического цистоскопического исследования может возникнуть необходимость в проведении некоторых лечебных мероприятий, таких как биопсия опухоли, прижигание кровоточащих точек или подозрительных на наличие опухоли участков, а также расширение уретры в случае ее сужения. Кроме того, может потребоваться נובמבר введение разного рода катетеров с целью проведения дополнительных диагностических и лечебных процедур.

Я осведомлен/а также о возможных осложнениях цистоскопии, к которым относятся: острая задержка мочи, инфекция мочевыводящих путей и/или половых органов, сопровождающаяся ознобом, высокой температурой и кровотечением, что может потребовать госпитализации. Другие возможные, но редкие осложнения: повреждение нижних мочевыводящих путей вплоть до перфорации и сужения уретры, для лечения которых потребуются хирургическое вмешательство под наркозом.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного исследования.

Я согласен/а на проведение местной анестезии в соответствии с профессиональными соображениями врачей, после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных опасностей местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии.

Если будет принято решение о проведении основного исследования под региональной анестезией или общим наркозом, то соответствующие разъяснения по этому поводу 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	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 больному/опекуну больного<sup>\*</sup>, 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	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

\* Лишнее стереть