

טופס הסכמה: טיפול בסדק בפי הטבעת

REPAIR OF ANAL FISSURE

Бланк согласия: Лечение трещины заднего прохода

Целью лечения является уменьшение силы сжатия сфинктеров заднего прохода для облегчения болей и создания условий для заживления трещины/раны слизистой оболочки заднего прохода. Можно уменьшить силу сжатия двумя способами: первый – ручное расширение мышцы сфинктера заднего прохода, и второй – разрез (во время операции) внутренней мышцы сфинктера. Решение о выборе способа лечения принимается в соответствии с соображениями врача и имеющимися данными.

Лечение выполняется обычно под общим наркозом или регионарной анестезией и иногда - под местной анестезией.

Данные больного

שם משפחה שם פרטי שם האב .ד.ל
фамилия имя отчество номер уд. личн.

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

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

об операции/лечении трещины заднего прохода – LATERAL SPHINCTEROTOMY/ ANAL DILATATION/другое*
уточнить _____
(далее: «Основное лечение»).

Я информирован/а об альтернативных способах лечения, их преимуществах, недостатках и их соответствии моему состоянию.

Мне объяснено также, что нет полной гарантии разрешения проблемы при основном лечении, и что иногда возникает необходимость в дополнительном лечении.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах, связанных с основным лечением, включая: боль, дискомфорт и запоры.

Кроме того, я информирован/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: кровотечение, инфекцию вплоть до образования абсцесса, возможность образования свища (фистулы), что требует иногда дополнительной операции. Кроме того, существует опасность повреждения сфинктеров заднего прохода, что может привести к недержанию газов и к загрязнению нижнего белья слизью/калом, вплоть до полного недержания при естественных отправлениях. Большинство этих

проявлений склонны проходить в течение двух месяцев самостоятельно, либо после выполнения упражнений по укреплению мышц заднего прохода и тазового дна. В редких случаях поражение сфинктеров остается постоянным.

Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения может выясниться необходимость расширить объем вмешательства и/или изменить его характер или предпринять другие хирургические действия, или действия, отличающиеся от запланированных. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но это выяснится, в том числе, и на основе данных, которые будут выявлены при обследовании под обезболиванием (в основном в тех случаях, когда невозможно было произвести соответствующую проверку до операции из-за болей в заднем проходе).. Поэтому

я даю согласие на расширение объема и изменение характера основного лечения, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе основного лечения.

Мне известно, что основное лечение будет произведено под регионарной анестезией или под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

-2-

Я согласен/на на то, что основное лечение будет произведено под местной анестезией в случае, если будет принято соответствующее решение, будучи осведомлен о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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 ** _____

שם הרופא
фамилия врача

חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
---------------------------------	------------	---------------

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פטול 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 объяснил/а устно больному/опекуну больного * все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, 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 вычеркнуть ** Заполнить в случае лечения частным образом