

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת התוספתן בגישה פתוחה או לפרוסקופית
Форма согласия: операция по удалению аппендикса с применением
открытого доступа или лапароскопического метода
OPEN OR LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

При наличии жалоб и клинических проявлений, свидетельствующих о наличии острого аппендицита, требуется хирургическое вмешательство. Наличие воспаленного аппендикса в брюшной полости приводит к развитию локальной или распространенной инфекции в брюшной полости, которая опасна для жизни. Иногда во время операции может быть выявлен осложненный воспалительный процесс, при котором аппендикс не может быть удален, и поэтому необходимо установить дренаж вместо операции и провести повторную операцию на более позднем этапе. В случаях, когда аппендикс не воспален, будет выполнено сканирование живота с целью выявления причины жалоб и клинических проявлений, и в соответствии с результатами будет проведена хирургическая операция. В этих случаях удаление аппендикса будет проведено на усмотрение хирурга.

Операция проводится под общим наркозом, с применением открытого доступа или лапароскопического метода. Метод будет выбран совместно с пациентом и по усмотрению хирурга. Существует возможность перехода на полостную операцию, особенно при лапароскопическом доступе, при наличии технических сложностей или по соображениям безопасности, или для устранения непреднамеренного повреждения главного кровеносного сосуда и/или органа брюшной полости.

Имя и фамилия
пациента:

Фамилия

Имя

Имя отца

Номер
удостоверения
личности

Имя и фамилия

Настоящим заявляю и подтверждаю, что получил(-а) подробные
разъяснения в устной форме от д-ра

касательно необходимости **в удалении аппендикса** (далее: «основная операция»).

Настоящим подтверждаю, что согласен(-на) на проведение операции с применением открытого доступа или лапароскопического метода, после того как мне предоставили разъяснения касательно этих двух вариантов и связанных с ними рисков.

Мне объяснили, что аппендикс может оказаться не воспаленным, но, тем не менее, будет решено его удалить.

Мне объяснили, что есть ситуации, в которых требуется проведение «открытой» хирургической операции посредством разреза в брюшной стенке.

При проведении лапароскопической операции также существует вероятность того, что во время операции будет необходимость переключиться на «открытую» операцию. Мне объяснили, что хирург, при необходимости, может принять решение о проведении «открытой» операции в то время, когда я нахожусь под наркозом, и я заранее выражаю свое согласие на это. Мне объяснили, что даже когда операция проводится с применением лапароскопического метода, речь не идет о «малой» операции, и за исключением разреза на брюшной стенке лапароскопическая операция идентична «открытой» операции.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что меня проинформировали об ожидаемых побочных эффектах после основной операции, включая боль и дискомфорт.

Кроме того, мне предоставили объяснения касательно возможных осложнений, включая кровотечение и необходимость в переливании крови, развитие инфекции в месте операции или внутри операционной раны, что в некоторых случаях потребует дренирования и лечения антибиотиками и может перерасти в сепсис с его осложнениями, осложнения, связанные с общим наркозом и обширным хирургическим вмешательством (легочная эмболия, пневмония,

сердечный приступ, инсульт и т.д.), осложнения, связанные с хирургической раной, повреждение кровеносных сосудов, повреждение органов брюшной полости, образование спаек, которые могут вызывать вторичное бесплодие у женщин, вытекание из культи аппендикса, в том числе при повторной операции, и в редких случаях летальный исход. Мне объяснили, что в очень редких случаях непреднамеренное повреждение может быть не обнаружено во время операции, в результате чего потребуется проведение дополнительной операции.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

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

Мне разъяснили, что основная операция проводится под общим наркозом; разъяснения касательно самого наркоза и возможных осложнений будут предоставлены анестезиологом.

Я знаю и согласен(-на) с тем, что 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 хирурга

Мне объяснили и я понял(-а) необходимость в ежегодном послеоперационном медицинском наблюдении и поддержании здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями врача.

_____	_____	_____ X _____
Дата	Время	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