

**טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה**  
**TRABECULESTOMY**  
**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ**  
**ГЛАУКОМОЙ**

Операция производится с целью снижения повышенного внутриглазного давления, которое приводит к патологическим изменениям зрительного нерва. Снижение внутриглазного давления достигается путем создания альтернативной системы оттока внутриглазной жидкости, которая является обходной (шунтирующей) по отношению к нефункционирующей естественной дренажной системе.

Иногда во время операции используются препараты антиметаболического действия с целью предотвращения закупорки созданного при операции дренирующего отверстия.

Операция производится под местной анестезией или под общим наркозом.

Данные больного \_\_\_\_\_  
שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      .ג.ל  
фамилия                              имя                              имя отца                      номер паспорта

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

שם פרטי                      שם משפחה  
имя                              фамилия

об операции для снижения внутриглазного давления на правом/левом\* глазу (далее: «основная операция»).

Меня поставили в известность о возможных для меня альтернативных способах лечения глаукомы, а также о шансах на успех, сопутствующих явлениях и осложнениях, связанных с применением каждого из этих методов.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения о желаемых результатах операции и о возможном неудачном ее исходе, который состоит в том, что внутриглазное давление останется повышенным или даже повысится еще больше. Я осведомлен/а о сопутствующих явлениях операции, включая боли и дискомфорт.

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях и опасностях, связанных с проведением основной операции, включая внутриглазное кровотечение и потерю стекловидного тела. Я также получил/а объяснения относительно возможных поздних осложнений операции, включающих инфекцию, образование катаракты и опущение века.

Настоящим я даю согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Я также даю согласие на проведение местной анестезии, будучи ознакомлен/а о связанных с ней возможных опасностях и осложнениях, включающих кровотечение, инфекцию, повреждение глаза и в очень редких случаях – утрату зрения.

Если будет решено проводить операцию под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу у 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)  
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)

שם אפוטרופוס (קירבה)  
фамилия опекуна  
(степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного\*, 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