

טופס הסכמה לבדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריבה באמצעות תדר רדיו או באמצעות הקפאה

**Форма согласия: Электрофизиологическое исследование и Радиочастотная катетерная абляция (РЧА) или криоабляция
Electrophysiological Study (EPS) and RF (Radio Frequency) Ablation or Cryoablation**

Электрофизиологическое обследование предназначено для диагностики различных аритмий путем введения катетера через кровеносные сосуды в полость сердца.

Частота ожогов (радиочастотная абляция) или заморозка (криоабляция) предназначена для лечения вышеуказанных аритмий.

Лечение обычно проводится под местной анестезией, с использованием или без применения седативных средств.

Имя и
фамилия
пациента:

Фамилия

Имя

Имя отца

Номер
удостоверения
личности

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

Имя и фамилия

О необходимости проведения электрофизиологического обследования и сжигания с использованием радиочастоты (RF-абляция) и / или замораживания (криоабляция).

Мне объяснили, что в большинстве случаев после криоабляции или радиочастотной абляции аритмии будут предотвращены.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне были объяснены основные побочные эффекты лечения, включая боль и дискомфорт в области введения катетера.

Мне также объяснили риски и возможные осложнения первичного лечения, в том числе:

- Повреждение кровеносных сосудов в области введения катетера, которое иногда может потребовать хирургического вмешательства.
- Повреждение мембраны легких и / или перфорации легких в тех случаях, когда катетер вводится через грудные вены.
- Пункция стенки сердца, которая редко может вызвать значительную утечку крови, что потребует дренирования перикарда с помощью иглокалывания иглы и иногда срочной операции.
- Повреждение сердечной проводящей системы, которое может привести к необходимости постоянного кардиостимулятора.
- Миграция эмболий из сердца в артерии различных органов с потенциальным повреждением, которое может потребовать немедленного лечения, включая возможность хирургического вмешательства.
- Термическое повреждение пищевода с образованием перехода между пищеводом и сердцем (Atrio-esophageal fistula).
- Инсульт или кровоизлияние.

-2-

- Повреждение диафрагмы в виде пластики диафрагмального нерва, проявляющееся одышкой, кашлем, отрыжкой и болью в груди.
- В случае абляции легочной вены может возникнуть последующий стеноз легочной вены, который может вызвать хроническое повреждение легких, которое проявляется кашляющим дыханием, которое также может стать постоянным респираторным заболеванием. Это осложнение может потребовать дополнительных вмешательств в легочных венах, таких как трансплантат и в редких случаях хирургическое вмешательство легких.

возникновения любого из упомянутых осложнений относительно низкая. В очень редких случаях эти осложнения могут привести к смерти.

Настоящим я даю согласие на первичное лечение.

Мне это объяснили, и я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе первичной медицинской помощи станет очевидным, что необходимо расширять, изменять или принимать другие или дополнительные процедуры для спасения жизни или предотвращения телесных повреждений, включая другие терапевтические действия, которые нельзя ожидать или полностью предвидеть, но их значение было выяснено. Поэтому я также согласен с тем же расширением, модификацией или другими или дополнительными процедурами, включая терапевтические действия, которые врачи больницы считают необходимыми или необходимыми во время первичной медицинской помощи.

Настоящим я также даю согласие на местную анестезию с внутривенной инъекцией седативных средств или без нее после того, как мне сообщили о рисках и осложнениях местной анестезии, включая различные аллергические реакции на анестетик и возможные осложнения при использовании седативных средств, которые могут редко вызывать респираторные расстройства, особенно у пациентов с заболеваниями сердца и пациентов с нарушениями дыхательной системы.

Если будет решено провести первичное лечение для общей анестезии, анестезиолог предоставит мне объяснение анестезии.

Я знаю и согласна с тем что операция и все дополнительные процедуры будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, вполностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону, и операцию будет _____

фамилия врача

_____	_____	_____
подпись больного	час	дата
_____	_____	
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	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.

_____	_____	_____
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больная лечится частным образом