

## טופס הסכמה לניתוח לתיקון פזילה

# Бланк согласия на операцию по исправлению косоглазия

## OPERATIONS ON EXTRAOCULAR MUSCLES

מדבקה גדולה

Операция проводится с целью скорректировать относительное положение глаз, укоротив и/или удлинив внешние мышцы глазного яблока, отвечающие за движения глаз. Операция не изменяет остроту зрения в каждом из глаз, она лишь исправляет внешнее проявление косоглазия, а иногда и функционирование обоих глаз. Хирургическая коррекция - это один из вариантов лечения в серии возможных процедур, включающих также ношение очков и/или заклеивание одного глаза в качестве лечения амблиопии (ленивого глаза). Эти процедуры выполняются до и/или после операции. Во время каждой операции оперируют одну или две мышцы на одном глазу или на обоих - в зависимости от ситуации.

Операция проводится при полной или местной анестезии.

Имя пациента (ת/שם המטופל): \_\_\_\_\_  
שם משפחה / Фамилия / שם פרטי / Имя / שם האב / Отчество / .ת.ג / Номер уд. личности /

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) устным образом предоставил мне подробное объяснение \_\_\_\_\_  
שם משפחה / Фамилия / שם פרטי / Имя

о необходимости операции по исправлению косоглазия на правом (עין ימין) / левом глазу (שמאל) / на обоих глазах (שתי העיניים)\*, на одной мышце (שריר אחד) / двух мышцах (שני שרירים)\* (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах операции, включающих изменения угла косоглазия, в том числе постепенное дополнительное улучшение или ухудшение, то есть, возвращение к исходному углу косоглазия или проявление косоглазия другого типа. В таких случаях можно провести дополнительную операцию.

Мне было дано объяснение о побочных эффектах после операции, в том числе: боль и дискомфорт.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях и рисках в ходе операции, в том числе: кровотечение, инфекция, а в редких случаях снижение зрения.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуются изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я согласен на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - после того, как мне были разъяснены перспективы и осложнения местной анестезии, в том числе: кровотечение, инфекция, поражение глаза, в редких случаях - потеря зрения. Если будет решено провести

מדבקה גדולה

основную операцию при общей анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

**Я, нижеподписавшийся/аяся, знаю, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.**

תאריך / Дата	שעה / Время	חתימת המטופל/ת / Подпись пациента
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופוס (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) / (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס (של המטופל/ת)\* приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה / Имя врача	חתימה / Подпись	נומבר רישיון / Номер лицензии
------------------------	-----------------	-------------------------------

\*Ненужное зачеркнуть (את המיותר)