

יש למסור עותק למטופל

טופס הסכמה להסרת גידול / נגע מהעפעפיים

**Бланк согласия на
удаление опухоли /
новообразования с век**

מדבקה גדולה

Цель операции состоит в том, чтобы удалить новообразование с век полностью, или, если это невозможно, то частично – в целях диагностики.

Как правило, операция проходит при местной анестезии (в редких случаях с добавлением седативных средств).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль, дискомфорт, отек век, сухость конъюнктивы или слезотечение, подкожные гематомы вокруг глаз, покраснение глаз и ощущение зуда.

Возможно, что в течение нескольких недель будут сильно заметны шрамы, которые в значительной степени сгладятся позднее.

Мне было дано объяснение о возможных осложнениях, в том числе: инфекция, образование кист в области швов, выделяющиеся шрамы, изменение формы глазной щели, провисание века, поражение слезных желез, вследствие которого возникнет сухость конъюнктивы или слезотечение, патология слезотводящих путей при постоянном слезотечении, хроническая боль в оперированной области, временное или перманентное выпадение ресниц, асимметрия между двумя сторонами глаза и в редких случаях кровотечение, которое потребует срочного хирургического вмешательства. Кроме того, возможен рецидив новообразования, что потребует повторного хирургического вмешательства.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, 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 возможные перспективы и осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии.

Если будет решено провести основную операцию при общей или регионарной анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, что в том случае, если медицинский центр является филиалом университета, то в процессе обследования и лечения могут принимать участие студенты, находящиеся под полным наблюдением и контролем.

Подпись пациента / опекуна: _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

Я согласен/согласна с тем, что лечение в больнице будет проводиться теми лицами, на которых это возложено согласно действующим в больнице правилам и инструкциям; и я заявляю, что мне не обещано, что оно будет проводиться, полностью или частично, каким-либо определенным лицом.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, знаю, что возможна ситуация, при которой во время моей выписки тот врач, который меня лечил / оперировал, не будет находиться в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки от его имени.

Имя пациента/пациентки (שם המטופל/ת):

שם משפחה /

שם פרטי /

שם האב /

ת.ז. /

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) _____

שם משפחה /

שם פרטי /

Устным образом предоставил мне подробное объяснение о необходимости выполнения операции

на правом глазу (עין ימין),

левом глазу (עין שמאל),

на верхнем веке (עפעף עליון),

на нижнем веке (עפעף תחתון),

медиальном (מדיאלי),

темпоральном (טמפורלי) углу глаза (קנטусе)*

(далее: «основная операция»).

תאריך /

שעה /

חתימת המטופל/ת /

Имя опекуна (степень родства) /
(שם האפוטרופוס (קרבה))

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /
Подпись опекуна (в случае неправопособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/пациентке/ опекуну пациента/пациентки / переводчику пациента/пациентки* приведенную выше информацию с требуемой подробностью, и что пациент/пациентка / опекун поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/убедилась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

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

שם הרופא/ה /

חתימה /

מספר רישיון /

שם המתרגם/ת (שם הנתרגם/ת)

Кем приходится пациенту/пациентке (תקשריו למטופל/ת)

*Ненужное зачеркнуть / מחק/י את המיותר