

БЛАНК СОГЛАСИЯ НА ОПЕРАЦИЮ ВСКРЫТИЯ И ДРЕНИРОВАНИЯ ХАЛЯЗИОНА Incision and Drainage of Chalazion

מדבקה גדולה

Халязион – это локальная воспалительная реакция, затрагивающая сальные железы (sebaceous glands) века и возникающая при закупорке дренажного канала железы. Халязион может пройти сам собой, или его можно удалить путем локального массажа и нагревания при строгом соблюдении гигиены (чистоты) век. В случае отсутствия улучшения при использовании этих методов можно провести хирургическое вскрытие и дренирование халязиона с целью очистки закупоренной железы и прекращения воспалительного процесса.

Операция проводится путем захвата халязиона при помощи халязионного пинцета (chalazion clamp) и выполнения разреза на внутренней или внешней стороне века. На этом этапе осторожно проводится дренирование содержимого халязиона с резекцией или без резекции закупоренной сальной железы, с применением щадящего давления или тепла для контроля кровотечения. По решению оперирующего хирурга, в конце операции в полость халязиона можно ввести стероиды.

Вид анестезии, сопровождающей эту операцию (нужное обвести кружком):

Без анестезии / общая / регионарная / проводниковая / местная

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне даны разъяснения о возможных альтернативных путях лечения в моей ситуации, включая:

1. Соблюдение гигиены век –включая применение теплых компрессов, локального массажа и очистку края века. Этот способ не приведет к ослаблению воспаления в случае глубокого халязиона.
2. Местная инъекция стероидов – стероиды – это противовоспалительные средства. Возможно, что возникнет необходимость в более, чем одной инъекции. Этот метод лечения может вызывать осветление (депигментацию) века, скопление осадка стероидов в зоне инъекции или, в редких случаях, закупорку кровеносных сосудов сетчатки или сосудистой оболочки глаза с опасностью потери зрения.
3. Отказ от лечения – я могу выбрать не проводить лечение и остаться с халязионом.

Мне разъяснено, и я понимаю, что в процессе вскрытия и дренирования халязиона может выявиться необходимость в проведении лечебных действий для выполнения операции, например, проведение инъекции противовоспалительного средства, выполнение дополнительных разрезов в дополнительных точках, которые будут обнаружены, применение горячей иглы для остановки кровотечения.

Кроме того, мне даны разъяснения относительно возможных рисков и осложнений, включая:

1. Инфекцию или значительное кровотечение.
2. Хроническую боль или дискомфорт.
3. Изменение оттенка кожи в результате операции и/или инъекции стероидов.
4. Потерю ресниц в области операции.
5. Образование рубца (notching) на краю века в области воспаления.

Подпись пациента / опекуна _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

HOSPITAL
Assuta

RAISING HEALTH STANDARDS

מדבקה גדולה

6. Механическое раздражение поверхности глаза и роговицы операционным разрезом или операционным шрамом на веке, которое может вызвать повреждение клеток покрытия роговицы (cornealabrasion – эрозия роговицы), ухудшение зрения и ощущение инородного тела. Эта ситуация может потребовать длительного применения препаратов для местной поверхностной защиты и профилактики инфекции и, в редких случаях, также лечебных контактных линз.
7. Повреждение глазного яблока в процессе операции хирургическим инструментом, например, скальпелем, иглой для инъекции анестетика или стероидов, или инструментом, используемым для прижигания кровеносных сосудов.
8. Повреждение зрения вплоть до слепоты.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе основной операции / лечения выяснится, что потребуются выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, которые невозможно предвидеть заранее, в том числе дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или выполнение других или дополнительных шагов, включая действия, которые, по мнению врачей больницы, будут жизненно необходимы или потребуются во время проведения основной операции / лечения.

Мне разъяснено, что в случае проведения операции под **общей / регионарной / проводниковой** анестезией, я получу объяснения относительно анестезии от врача-анестезиолога.

Если операция будет выполняться под **местной** анестезией, настоящим я даю свое согласие также и на проведение местной анестезии с внутривенной инъекцией анестезирующих препаратов или без нее, после получения разъяснений относительно рисков и осложнений местной анестезии, в том числе: аллергическая реакция различной степени тяжести на анестезирующие препараты и возможные осложнения от применения анестезирующих медикаментов, которые в редких случаях могут вызвать нарушения дыхания и работы сердца, главным образом, у лиц, страдающих сердечными заболеваниями и заболеваниями дыхательной системы.

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 руководством и контролем своих руководителей.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция (за исключением случаев заблаговременного выбора и согласования врача-хирурга для операции) и все другие действия будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком, при условии их выполнения с ответственностью, установленной в медицинском учреждении, и в соответствии с законом.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал / лечил, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки от его имени.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Подпись пациента / опекуна _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

Имя пациента (ת) (שם המטופל): _____
Фамилия / שם משפחה Имя / שם פרטי Отчество / שם האב Номер уд. Личности/ ת.ז.

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора(ר) (ד"ר)

Фамилия (שם משפחה) Имя (שם פרטי)

о необходимости вскрытия и дренирования халязиона (далее – «основная операция»).

Операция будет проводиться на:

- правом (ימין) глазу
- левом (שמאל) глазу
- верхнем (עליון) веке
- Нижнем (תחתון) веке

Дата / תאריך Время / שעה Подпись пациента / חתימת המטופל/ ת

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

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

Я подтверждаю, что дал устные разъяснения пациенту / пациентке / опекуну пациента / пациентки* относительно вышеизложенного с необходимой подробностью, и что он / она подписал / подписала согласие в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моего разъяснения.

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

Имя врача / שם הרופא/ה Подпись и печать исследователя / חתימה וחומת Номер лицензии / מספר רישיון

Имя переводчика / שם המתרגם/ת кем он приходится пациенту / пациентке / קשריו למטופל/ת

*Ненужное зачеркнуть / מחקי/י את המיותר