



Бланк согласия на удаление пteryгиума

PTERYGIUM REMOVAL

Пteryгиум - это нарастание конъюнктивы на роговицу, в то время, как в нормальном состоянии ткань конъюнктивы останавливается на границе между белком глаза и роговицей. В ходе операции ткань пteryгиума удаляется с роговицы, и хирургическим и/или медикаментозным образом обрабатывается место, откуда пteryгиум вырос на белок глаза. В некоторых случаях по решению врача назначается лечение антиметаболитом или местным облучением для предотвращения повторного роста пteryгиума. В крайне редких случаях, в основном после рецидива прооперированного в прошлом пteryгиума, выполняется пересадка роговицы или конъюнктивы.

Решение о сроках и методике операции принимается с учетом размеров пteryгиума, возраста пациента, состояния конъюнктивы и положения века. Пteryгиум часто рецидивирует, в основном в молодом возрасте, и частота рецидивов снижается с возрастом (в литературе отмечается до 50% рецидивов). Можно не оперировать, если пteryгиум не активен, не влияет на зрение и не мешает пациенту с точки зрения внешнего вида.

Операция выполняется при местной анестезии.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, что не существует иных методов хирургического лечения пteryгиума.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах, в том числе о вероятности рецидива пteryгиума. Мне было дано объяснение о побочных эффектах, в том числе: боль, дискомфорт и местные кровотечения конъюнктивы и век, которые, как правило, проходят в течение короткого времени.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, изменения рефракции, двойственность зрения, спайки между веком и глазным яблоком (симблефарон), которые могут приводить к ограничению движений глаза и двойственности зрения или оттягиванию века и слезотечению.

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 потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги, в том числе дополнительные хирургические действия, для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, 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.

Подпись пациента / תחמת המטופל/ת: _____

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 / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, 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.

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

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а
подробное устное объяснение от доктора (ד"ר) _____
שם פרטי / Имя שם משפחה / Фамилия

о необходимости выполнения операции по удалению птеригиума на правом (ימין) / левом (שמאל)* глазу (далее: основная операция).

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

_____ _____
שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

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 מספר רישיון / Номер лицензии

*Ненужное зачеркнуть (את המיותר מחקי את המיותר)