המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997 פברואר/LDISC/ORT/NSR/0012

טופס הסכמה: ניתוח כריתת דיסקה בעמוד שידרה מותני

DISCETOMY

Удаление поясничного диска

Цель операции- устранить давление на нерв или на дуральную оболочку посредством удаления разорванного и/или атрофированного межпозвонкового диска, который сместился и причиняет боль и/или неврологические симптомы.

При операции делается надрез в области низа спины, отодвигаются мягкие ткани и оболочка спинного мозга. При необходимости производится полное или частичное удаление дужки позвонка (ламинектомия).

имя пациента/ки: _____ _____ _____ _____

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____ _____

Фамилия	имя	
שם משפחה	שם פרטי	רופא/ה:

о потребности в удалении поясничного межпозвоночного диска. (далее:"данная операция").

Я подтверждаю здесь получение информации о других методах лечения, возможных в моем случае, а также о побочных явлениях, риске и осложнениях каждого метода. Я подтверждаю здесь получение разъяснений по поводу желаемого результата и побочных явлений операции, включая боль и дискомфорт, которые постепенно проходят.

Я осведомлен/а о возможных осложнениях данной операции, включая местную инфекцию, изредка протекание спинномозговой жидкости, и в случаях ламинектомии возможную нестабильность в этой части позвоночника. Я знаю, что для исправления этих осложнений в будущем может потребоваться операция. Также, я осведомлен/а о редких осложнениях, включая – продолжительные боли и неврологические симптомы различной степени тяжести, вплоть до полного паралича нижних конечностей.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Также, я подтверждаю здесь, что мне объяснили, и я понимаю, что возможно в течении данной операции потребуется расширить ее, изменить или прибегнуть к другим или дополнительным процедурам с целью спасения жизни или предотвращения физического ущерба, включая дополнительные хирургические действия. Потребность в этих незапланированных процедурах нельзя вточности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Поэтому, я согласен/а также на расширение, изменение или проведение других или дополнительных процедур, которые будут необходимы по мнению врачей больницы в течении данной операции.

Мне известно, что операция проводится под общим и/или региональным наркозом, и я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога.

Я знаю, и согласен/а с тем, что операция, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям больницы и мне не обещано, что они будут исполнены вполностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона.

_____ _____ _____

подпись пациента/ки	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

_____ _____

имя опекуна (родство) подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) שם האפוטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רשיון

*מחק/י את המיותר