

Медицинский конфиденциальный документ

Форма информированного согласия на эндоскопию пищеварительного тракта טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Наклейка пациента(ки):

Название и описание предлагаемой операции / процедуры (на русском языке без сокращений):

проведение диагностической и/или лечебной _____, включая взятие биопсии,
удаление полипов,

Название процедуры

שם ופרטי הניתוח/הפרוצדורה המוצעים

прижигание очагов кровотечения, лечение варикозных вен и удаление инородного тела*.

Укажите другую процедуру _____

(далее: «основная процедура»).

Цель операции / процедуры: эндоскоп - это гибкая трубка с оптическим волокном, дающим возможность обзора, и каналами для инструментов, используемых при биопсии, удалении полипов, прижигании очагов кровотечений, лечении варикозных вен и удалении инородных тел. Длина эндоскопа составляет 1,2-1,8 метра, диаметр 1 см, и с его помощью можно исследовать верхний и нижний отделы пищеварительного тракта. Обычно пациент(ка) получает перед процедурой седативные препараты и/или местное обезболивание для уменьшения дискомфорта. При проведении процедуры пациент(ка) находится в положении лежа на левом боку. При исследовании верхнего отдела пищеварительного тракта (эзофагоскопия, гастроскопия) эндоскоп вводится через рот. При исследовании нижнего отдела пищеварительного тракта (сигмоидоскопия, колоноскопия) эндоскоп вводится через анальное отверстие. Далее через эндоскоп вводятся инструменты, необходимые для процедуры. Обычная продолжительность исследования составляет от 15 минут до часа. Во время процедуры пациент ощущает дискомфорт и вздутие живота.

Медицинский конфиденциальный документ

Возможные побочные явления, риски и осложнения операции / процедуры: мне было объяснено о существовании других вариантов диагностики, их преимуществах, недостатках, , побочных явлений и возможных осложнений. Мне также объяснили, что несмотря на то, что эндоскопическое исследование является лучшим способом для выявления полипов и опухолей, у него есть свои ограничения. Исследование позволяет выявить большую часть опухолей и крупных полипов в толстом кишечнике, но не все.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил(а) объяснения о побочных явлениях данной процедуры включая боль, дискомфорт и вздутие живота. Мне были разъяснены возможные осложнения, включая кровотечение или перфорацию стенки пищеварительного тракта, что в некоторых случаях потребует хирургического вмешательства.

При исследовании верхнего отдела ЖКТ возможно повреждение зубов во время введения инструментов. Перечисленные осложнения встречаются редко.

Специальные рекомендации по лечению при наличии особых состояний здоровья:

אזהרות מיוחדות לטיפול במצבים בריאותיים מיוחדים (במידה ויש)

Я получил(а) разъяснения о возможных преимуществах и недостатках операции / процедуры, возможных альтернативах операции / процедуры, возможных последствиях в случае, если я решу отказаться от ее проведения, возможных проблемах, связанных с выздоровлением после нее, и о вероятности ее успеха.

После того, как я получил(а) подробные устные разъяснения о необходимости проведения операции / процедуры, включая ее ожидаемые результаты, допустимые риски; а также о возможных иных методах лечения в данном конкретном случае, включая шансы и риски, связанные с каждым из методов возможного лечения, которое мне предлагают; я даю свое согласие на проведение операции / процедуры в больнице (далее «основной операции»).

Мне объяснили, и я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе основной операции появится необходимость в расширении ее объемов, ее изменении или проведении тех или иных дополнительных процедур, включая дополнительные хирургические процедуры, которые невозможно предсказать заранее в полном объеме, но их значение мне было объяснено, и потому я даю свое согласие на такое расширение, изменение или проведение дополнительных

Медицинский конфиденциальный документ

процедур, включая операции, которые по мнению врачей больницы будут необходимы в ходе операции / процедуры.

Мне известно, и я даю свое согласие на то, что операция и все другие процедуры будут выполнены лицами, на которых возложена эта обязанность согласно правилам и инструкциям больницы, под ее ответственность и в соответствии с законом; и что мне не было обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Реакция пациента / примечания, если имеются:

תגובת המטופל/הערות במידה ויש

Дата תאריך	Время שעה	Подпись пациента חתימת המטופל
Имя опекуна / доверенного лица по медицинским вопросам שם האפוטרופוס/מיופה כח רפואי		Подпись опекуна (в случае несовершеннолетнего или недееспособного) חתימת האפוטרופוס (במקרה של קטין או חסוי)

Настоящим я подтверждаю, что устно объяснил(а) пациенту(ке)/опекуну пациента(ки)/доверенному лицу все вышеупомянутое со всеми необходимыми подробностями и что пациент(ка) подписал(а) форму согласия после того, как я убедился(лась) в том, что мои объяснения поняты полностью.

Имя и подпись врача שם הרופא וחתימתו	Номер лицензии: מס' רישיון	Дата תאריך	Время שעה
---	-------------------------------	---------------	--------------

* Ненужное удалите