

# המקום פניו עבר שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ספטמבר 1997 /OBGYN/SLPG/6621/0066

טופס הסכמה: ניתוח לקשירה החוצרת

TUBAL LIGATION

## БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕВЯЗКИ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ

Перевязка фаллопиевых труб производится с целью предупреждения беременности, наступающей в результате естественного оплодотворения.

Операция производится методом лапароскопии (закрытый способ), т.е. путем введения в брюшную полость инструментов через маленькие разрезы в передней брюшной стенке с одновременным заполнением брюшной полости углекислым газом (CO<sub>2</sub>).

Операция производится под общим наркозом.

Перевязка фаллопиевых труб может явиться дополнительным вмешательством во время выполнения других хирургических операций, связанных со вскрытием брюшной полости.

Данные больной

שם משפחה фамилия	שם רפואי имя	שם האב имя отца	.ל.ג. номер паспорта
---------------------	-----------------	--------------------	-------------------------

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора -

שם רפואי имя	שם משפחה фамилия
-----------------	---------------------

об операции по перевязке фаллопиевых труб с целью стерилизации (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлена о том, что в некоторых случаях стерилизация может оказаться неэффективной, или эффект ее будет непродолжительным. Частота неудач при различных способах перевязки колеблется, согласно данным литературы, от 1 до 5 на тысячу оперированных женщин.

Я осведомлена о возможных для меня альтернативных способах предупреждения беременности, о достоинствах и недостатках каждого из них, а также о связанных с ними опасностях и осложнениях. Мне известно, что достигнутое в результате основной операции бесплодие является в большинстве случаев необратимым. Имеющиеся данные о шансах на успех операции по «открытию труб» вариабельны и недостоверны.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, выполненной методом лапароскопии, включая: боли и дискомфорт в области разрезов; боли в плечах, связанные с раздражением диафрагмы газом, поступившим в брюшную полость. Эти явления обычно проходят в течение нескольких дней.

Кроме того, мне известны возможные опасности и осложнения, связанные с проведением лапароскопии, включая: инфекцию, повреждение органов брюшной полости или крупных кровеносных сосудов, и/или технические трудности при выполнении операции, которые могут потребовать перехода к «открытым способам», т.е. вскрытию брюшной полости с целью исправления повреждений или завершения операции по перевязке фаллопиевых труб.

Настоящим я заявляю, что, насколько мне известно, я/моя жена не беременна.

Настоящим я изъявляю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что



החברה לניהול שירותי בריאות

הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למילודות וгинקולוגיה



## **המקום פניו עברו שם וסמל המוסד הרפואי**

невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция производится под общим наркозом, и соответствующие объяснения я получаю у врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

חתימת החולה подпись больной	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больная – лицо, лишенное прав, несовершеннолетняя или душевнобольная)		שם אפוטרופוס (קרובה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной\*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מספר רישוי номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача



החברה לניהול סיכונים ברפואה

האסתדרות הרפואיה בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות ונינוקולוגיה

