

טופס הסכמה לביצוע חסם עצבי פריפרי

БЛАНК СОГЛАСИЯ НА БЛОКАДУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Peripheral Nerve Block

מדבקה

Если процедура будет проводиться в процессе анестезии, мне будут даны разъяснения врачом-анестезиологом, и я подпишу отдельный, общий бланк согласия на анестезию.

Сущность медицинской проблемы – боль.

Целью блокады периферических нервов является ослабление боли, как в качестве единственного пути ее лечения, так и в качестве дополнения к медикаментозному лечению. Блокада периферических нервов может также служить средством анестезии при операции самостоятельно или как дополнение к общей анестезии или медикаментозному сну (седации).

Блокада нервов осуществляется путем инъекции препаратов в нервы или вокруг них, что приводит к потере болевой чувствительности в определенной области тела. В большинстве случаев, действие блокады нервов проходит через считанные часы после прекращения инъекции обезболивающего препарата.

Мне разъяснено, что в большинстве случаев инъекция будет способствовать ослаблению моих болей, но возможно также, что эта цель не будет достигнута.

Название блокады нервов, которая запланирована для этой процедуры (רפח נש וז (העצבי המתוכנן לפעולה):

Мне даны также разъяснения относительно существующих альтернативных путей лечения в моем состоянии, например, системная обезболивающая фармакотерапия.

Мне разъяснено, и я понимаю большую важность передачи всей информации о состоянии моего здоровья и обо всех моих заболеваниях, а также об известной чувствительности к лекарствам и/или анестетикам, о реакциях и осложнениях после предыдущих процедур анестезии любого вида у меня или у моих родственников и обо всех принимаемых мною лекарствах.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне были даны разъяснения относительно побочных явлений после основной процедуры, в том числе таких, как боль или дискомфорт, боль и давление при введении иглы, временное ощущение мурашек и дрожи в начале действия обезболивающего состава, отсутствие ослабления боли после процедуры. Мне разъяснено, что после окончания процедуры потребует время на восстановление нормальной чувствительности и подвижности части тела, в которой проводилось обезболивание; мне разъяснено, что после окончания действия препаратов возможно возвращение более сильной боли.

Подпись пациента/пациентки/опекуна: _____
(חתימת המטופל / חותמת המטופלת / חותמת אפוטרופוס)

Следует передать копию пациенту

Мне разъяснено, и я понимаю, что в ходе выполнения блокады периферических нервов выяснится необходимость в местном обезболивании, с внутривенной инъекцией успокаивающих препаратов или без нее, которое проведет врач, выполняющий процедуру. Настоящим я даю свое согласие также на проведение этого обезболивания после того, как мне были даны разъяснения относительно рисков и осложнений местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестетики, а также относительно возможных осложнений от применения успокаивающих препаратов, которые в редких случаях могут вызвать нарушения дыхания и сердечной деятельности, в основном, у сердечных больных и лиц с нарушениями дыхательной системы.

מדבקה

Кроме того, мне были даны разъяснения относительно возможных рисков и осложнений, в том числе таких, как аллергическая реакция различной степени тяжести, повреждение нервов и/или непреднамеренная травма спинного мозга, пневмоторакс, кратковременный проходящий эпилептический припадок, инфекция в области инъекции, что иногда требует хирургического дренажа и антибиотикотерапии, кровотечение в области инъекции, которое иногда требует хирургического дренажа. В очень редких случаях возможны тяжелые неврологические нарушения и даже необратимая дисфункция нервов. Вероятность вышеуказанных осложнений относительно мала. В редких случаях эти осложнения могут привести к летальному исходу.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено, и я понимаю, что существует возможность того, что в ходе проведения блокады периферических нервов выяснится необходимость расширения ее объема, ее изменения или проведения других или дополнительных мероприятий, которые невозможно предвидеть заранее, для спасения жизни или предотвращения ущерба организму. В связи с этим, я даю свое согласие на упомянутое расширение, изменение или проведение других или дополнительных мероприятий, включая действия, которые, по мнению врачей больницы, будут жизненно необходимыми или потребуются в ходе основной процедуры или сразу же после нее.

Мне известно, что больница является филиалом университета и признанным центром специализации, и поэтому в процессе обследования и лечения могут принимать участие практиканты или студенты, находящиеся под полным контролем своих руководителей.

Я даю свое согласие на то, что процедуры в больнице будут проводиться теми лицами, на которых это возложено в соответствии с практикой и распоряжениями, действующими в больнице, и настоящим я заявляю, что мне не обещано, что они будут выполняться, полностью или частично, каким-либо определенным лицом, но исключительно с общепринятой ответственностью и в соответствии с законом.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной процедуры.

ИМЯ ПАЦИЕНТА/КИ: _____

(שם המטופל/ת) שם משפחה / שם פרטי / שם האב / Уд. личности / .ר.ת.

יש למסור עותק למטופל

Следует передать копию пациенту

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мной получены подробные разъяснения от нижеподписавшегося врача относительно всего вышесказанного, в том числе относительно необходимости в проведении блокады периферических нервов (далее: «основная процедура»), а также относительно побочных явлений и возможных осложнений.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מהרופא החתום מטה על כל האמור לעיל, ובכלל זה על הצורך בביצוע חסם עצבי פריפרי (להלן "הפעולה העיקרית") וכן בדבר תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים.

מדבקה

Дата / תאריך

Время / שעה

Подпись пациента/ка / חתימת המטופל/ת

Имя опекуна (родство) /
שם האפוטרופוס (קרבה)

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

Я заявляю, что целиком и полностью перевел пациенту/пациентке содержание настоящего документа и разъяснения врача на / לשפה _____ язык.

אני מצהיר/ה כי תרגמתי למטופל באופן מלא ושלם את תוכן מסמך זה ואת הסברי הרופא לשפה

Имя переводчика(цы) /
שם המתרגם/ת

Его(ее) связь с пациентом(кой) /
קשריו למטופל/ת

Подпись переводчика/цы /
חתימת המתרגם/ת

Я подтверждаю, что устно разъяснил пациенту/пациентке / опекуну пациента/пациентки / переводчику пациента/пациентки* все вышесказанное с требуемой подробностью, и что пациент/пациентка м/ опекун пациента/пациентки подписал/а согласие в моем присутствии после того, как я убедился в том, что он/она понял/а мои разъяснения полностью.

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

Имя врача / שם הרופא/ה

Подпись / חתימה

Номер лицензии / מספר רישיון

*Лишнее удалите / מחק/י את המיותר