

מדבקה

טופס הסכמה להרדמה ФОРМА СОГЛАСИЯ НА АНЕСТЕЗИЮ ANESTHESIA

Сущность медицинской проблемы – анестезия перед операцией / процедурой*:

(*Название операции / процедуры указывается исключительно как общее определение. Форменное название и точный смысл процедуры предоставляются оперирующим врачом, проводящим процедуру, включая разъяснения относительно необходимости получения информированного согласия).

Общепринятыми видами анестезии являются: общая анестезия, седация («размытое сознание»), регионарная анестезия и местное обезболивание. Возможна комбинация видов. Местное обезболивание может осуществляться также в ходе процедуры, проводящим ее врачом. В соответствии с проводимой процедурой, выбирается вид анестезии, согласованный между пациентом / пациенткой и врачом-анестезиологом.

Общая анестезия или **седация** – это обратимое изменение состояния сознания, вызванное медикаментами, с целью проведения медицинской процедуры в условиях отсутствия ощутимого дискомфорта и боли во время самой процедуры. В процессе общей анестезии или седации медикаментозные препараты будут вводиться различными путями для достижения изменения в состоянии сознания, подавления боли и/или расслабления. В процессе **седации** пациент / пациентка частично сохраняет сознание и/или может находиться в состоянии дремоты, тогда как **общая анестезия** – это спровоцированная полная потеря сознания. Процедура осуществляется путем введения препаратов в систему кровообращения. Возможные пути введения – это внутривенная инъекция, подкожная или внутримышечная инъекция, глотание препаратов, вдыхание, а в определенных случаях – введение через анальное отверстие. Общая анестезия включает в себя обеспечения дыхания, как неотъемлемую часть, которая осуществляется, как с помощью подачи кислорода через лицевую маску во время самостоятельного дыхания, так и через искусственное дыхание в маске, введение горланной маски, вплоть до введения эндотрахеальной трубки в трахею и поддержание искусственного дыхания с помощью аппарата ИВЛ. Темп пробуждения после анестезии зависит от различных факторов, связанных с видом и продолжительностью процедуры, видом анестезии и общим состоянием пациента / пациентки.

Регионарная анестезия проводится путем инъекции препаратов вблизи нервов и обеспечивает обезболивание в определенной области тела. При **эпидуральной и спинальной анестезии** препараты вводятся в спину, в пространство вокруг спинного мозга. При **блокаде периферических нервов** препараты вводятся в область, приближенную к нервам, в различных частях тела. В большинстве случаев, действие регионарной анестезии проходит через несколько часов после прекращения введения обезболивающего препарата.

Подпись пациента / пациентки / опекуна: _____

מדבקה

טופס הסכמה להרדמה ФОРМА СОГЛАСИЯ НА АНЕСТЕЗИЮ ANESTHESIA

Местное обезболивание осуществляется путем введения инъекционных препаратов вблизи операционного поля и обычно проводится врачом, выполняющим саму процедуру. В большинстве случаев, действие регионарной анестезии проходит через несколько часов после прекращения введения обезболивающего препарата. Возможна комбинация различных видов анестезии, описанных выше, а также комбинация различных видов регионарной анестезии.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробные разъяснения о проведении анестезии следующего вида (врач-анестезиолог должен обвести кружком вид планируемой анестезии, можно выбрать более одного вида):

**общая анестезия / регионарная анестезия / местное обезболивание / седация
("размытое сознание") / наблюдение**

(далее «основная процедура»), что она понятна мне, и что мне была предоставлена возможность задать вопросы и обсудить процедуру, альтернативные методы лечения, риски и преимущества.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробные разъяснения относительно различных видов анестезии, включая риски и осложнения, связанные с каждым из них, о возможных комбинациях видов анестезии и о том, что может возникнуть необходимость перехода от одного вида анестезии к другой, в случае возникновения затруднений при выполнении запланированной анестезии, или согласно соображениям врачей-анестезиологов и врачей, проводящих процедуру.

Мне разъяснено, и я понимаю, что вид анестезии, которая будет фактически применена, может быть изменен в момент процедуры по соображениям врачей-анестезиологов и врачей, проводящих процедуру.

Для любого вида процедуры, мое согласие включает сопровождающие действия, в том числе установку катетеров, как указано ниже. Я даю свое согласие на все вышесказанное, за исключением: _____

Подпись пациента / пациентки / опекуна: _____

טופס הסכמה להרדמה ФОРМА СОГЛАСИЯ НА АНЕСТЕЗИЮ ANESTHESIA

Мне разъяснено, и я понял/а, что в процессе анестезии, в случае необходимости, в зависимости от типа процедуры и состояния здоровья пациента / пациентки, будут вводиться катетеры в различные кровеносные сосуды тела (вены или артерии: вены рук и/или вены ног, и/или вены шеи, и/или вены груди), катетер в мочевого пузырь, дренажный катетер в желудок (зонд), или другие средства для наблюдения и исследования, например, - внутривидеоскопический преобразователь (эхокардиографический преобразователь) для наблюдения за работой сердца и другие средства наблюдения за работой различных систем организма. Введение этих катетеров может быть связано с различными осложнениями, включающими – кровотечение, инфекции, повреждение других органов и систем; в большинстве случаев, степень данных осложнений легкая и они временные, однако, в крайних случаях, - они могут создать угрозу для жизни пациента / пациентки.

У беременных женщин, при любом виде анестезии, возможна передача части анестезирующих препаратов плоду, и в редких случаях это может вызвать побочные явления и создать проблемы для плода или в течении последующего периода беременности.

Мне разъяснено, и я понял/а большую значимость передачи полной информации о состоянии моего здоровья и о всех моих заболеваниях, о принимаемых мною медицинских препаратов, наркотических средств и препаратов на природной основе, употребляемые мною. То же самое касается и информации о списке моих аллергий к различным медицинским препаратам и анестетическим веществам, включая осложнения, возникшие во время предыдущих, пройденных мною наркозов, включая осложнения во время наркоза у членов моей семьи.

Мне разъяснено, и я понял/а важность соблюдения поста перед анестезией и что несоблюдение данного требования может привести к осложнениям и даже смерти.

Я получил/а разъяснение и понял/а, что в день самой анестезии и до следующего дня мне необходимо находится под наблюдением взрослого человека и что необходимо вести себя осторожно во время смены положения на вертикальное и во время ходьбы, из-за возможного риска падения. Кроме того, нельзя водить транспортные средства и нельзя принимать важные решения, по крайней мере, в день проведения анестезии и, возможно, в течение более продолжительного периода, в зависимости от моего состояния.

Мне разъяснены и понятны мною распространенные побочные явления после анестезии, в том числе – боль в гортани и дискомфорт при глотании, мышечные боли, тошнота и/или рвота и слабость, которые постепенно пройдут, позднее восстановление, снижение работы дыхательной деятельности, снижение кровяного давления и/или нарушения сердечного ритма.

Подпись пациента / пациентки / опекуна: _____



מדבקה

טופס הסכמה להרדמה ФОРМА СОГЛАСИЯ НА АНЕСТЕЗИЮ ANESTHESIA

Кроме того, мне разъяснены и понятны возможные риски и осложнения, в том числе: повреждение зубов и/или полости рта и языка, травма легких, постоянная или временная травма трахеи, травма глаз (зрение), травма ушей (слух), легкая или тяжелая, постоянная или временная травма центральной или периферической нервной системы, а также – редкие осложнения, такие как аллергическая реакция на анестетические препараты, синдром злокачественной гипертермии, нарушения функций печени и/или нарушение функций других жизненно важных органов и систем. Мне разъяснено, что в процессе анестезии и операции может быть причинен ущерб различным нервам, глазам, коже и другим тканям в результате воздействия различных факторов, например, положения тела во время операции.

Мне разъяснено, и я понял/а, что в крайне редких случаях осложнение от анестезии может привести к смерти.

Кроме того, мне разъяснено, и я понял/а, что возможны затруднения при введении трубки в трахею, как следствие особенностей индивидуального анатомического строения или по другим причинам, часть которых невозможно предвидеть заранее. В случае неудачной анестезии может возникнуть необходимость проведения серьезных мероприятий, вплоть до проведения реанимации для спасения жизни, включая рассечение гортани (трахеотомию). Мне разъяснено, что в подобных случаях запланированная процедура может быть не выполнена.

Риски различных видов анестезии не обязательно связаны с видом операции и ее сложностью.

Мне разъяснены и понятны мною возможные побочные явления и осложнения после **седации**, подобные вышеописанным побочным явлениям и осложнениям после общей анестезии. Мне разъяснено, что возможна неудача при проведении седации, что может привести к необходимости углубления анестезии, вплоть до общего наркоза или, наоборот, - к отмене запланированной процедуры. Мне разъяснены и понятны в полной мере существующие лечебные альтернативы, в противопоставление седации, включающие проведение общей анестезии или, наоборот, проведение процедуры без седации, что может сопровождаться дискомфортом и/или болями при проведении процедуры, или даже может не позволить выполнить процедуру.

Мне разъяснены и понятны мною побочные явления при проведении **регионарной анестезии**, включающие боль или дискомфорт, боль и давление в месте введения иглы, временное ощущение «мурашек» и дрожи при начале действия обезболивающего вещества, а также неудачное обезболивание после процедуры. Мне разъяснено, что после завершения анестезии пройдет время, пока ощущения и подвижность в анестезированной части тела придут в норму; мне разъяснено, что существует возможность возвращения сильной боли после прекращения действия препаратов.

Подпись пациента / пациентки / опекуна: _____

מדבקה

טופס הסכמה להרדמה ФОРМА СОГЛАСИЯ НА АНЕСТЕЗИЮ ANESTHESIA

Кроме того, мне разъяснены возможные риски и осложнения, включая инфекцию и/или абсцесс в области инъекции, местное кровотечение, возникновение одышки (которая быстро пройдет); при проведении спинальной или эпидуральной анестезии возможны боли в спине, и существует возможность проникновения иглы в оболочку спинного мозга, с последующим продолжительным истечением спинномозговой жидкости, которая может вызвать резкие и/или продолжительные головные боли. Данные явления могут потребовать инвазивного лечения, подобное проведению повторной эпидуральной процедуры, с введением собственной крови (кровяной пластырь).

Кроме того, мне разъяснены и полностью понятны другие риски и осложнения регионарной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести, повреждение нервной системы и/или ненаправленное повреждение нервов или спинного мозга (в зависимости от вида процедуры), пневмоторакс и избыточная дозировка местных анестетиков, которая может привести к нарушению сердечного ритма или к эпилептическому приступу. Мне разъяснено, что инфекция в области инъекции может иногда потребовать антибиотического лечения и даже, в редких случаях, хирургического дренажа, и что в редких случаях кровотечение в области инъекции может также потребовать хирургического дренажа. В редких случаях возможны тяжелые и даже необратимые нарушения функционирования нервов. Частота возникновения каждого из перечисленных осложнений относительно низка. В редких случаях эти осложнения могут привести к смерти.

Кроме того, мне разъяснено, что при проведении регионарной анестезии возможны затруднения связанными с особенностями анатомического строения или с иными причинами, часть которых невозможно предвидеть заранее. Неудача при проведении регионарной анестезии может вызвать необходимость перехода к общей анестезии для завершения хирургической процедуры, и в редких случаях – проведения неотложных действий, вплоть до осуществления реанимационных мероприятий для спасения жизни. Мне разъяснено, что в этом случае запланированная операция может быть отменена.

Мне разъяснены побочные явления **местного обезболивания**, включая боль и дискомфорт в области инъекции, которые постепенно пройдут. Мне разъяснены такие возможные риски и осложнения, как кровотечение или инфекция в месте инъекции и, в редких случаях, легкая или тяжелая, временная или постоянная травма нерва вблизи места инъекции.

Мне известно, что больница является филиалом университета и центром специализации ординаторов, и что в процессе диагностирования и лечения могут принимать участие практиканты или студенты, находящиеся под полным контролем и наблюдением.

Мне известно, и я согласен\на, что анестезия, во всех ее видах, будет проводиться теми специалистами, кому это поручено в соответствии с порядком и указаниями, существующими в больнице, и я заявляю, что мне не обещано, что она будет осуществляться, полностью или частично, определенным лицом.

Подпись пациента / пациентки / опекуна: _____

מדבקה

טופס הסכמה להרדמה
ФОРМА СОГЛАСИЯ НА
АНЕСТЕЗИЮ
ANESTHESIA

Имя пациента/ки: _____
(שם המטופל/ת) Фамилия/שם משפחה שם פרטי/Имя שם האב/Имя отца Уд. личности/ת.ז.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне даны подробные устные разъяснения нижеподписавшимся врачом относительно всего вышеизложенного, включая все, что связано с анестезией, для проведения запланированной операции / процедуры. Кроме этого, мне разъяснены цели анестезии и возможные пути ее проведения.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מהרופא החתום מטה על כל האמור לעיל, ובכלל זה כל הקשור בהרדמה לשם ביצוע ניתוח / פעולה מתוכננת. כמו כן, הוסברו לי מטרת ההרדמה ודרכי ביצוע אפשריות.

Дата/תאריך

Время/שעה

Подпись пациента/ки / 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 _____ языке.

אני מצהיר/ה כי תרגמתי למטופל/ת 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/а пациенту / пациентке / опекуну пациента / пациентки / переводчику пациента / пациентки* все вышеизложенное с требуемой подробностью, и что пациент / пациентка / опекун подписал/а согласие в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/она полностью. понял/а мои разъяснения.

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

*Ненужное зачеркнуть. מחק/י את המיותר.