

טופס הסכמה לניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהפרדות רשתית

**Бланк согласия на
хирургическое удаление
стекловидного тела глаза
(витрэктомия) с лечением /
без лечения отслоения
сетчатки**

**VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR
OF RETINAL DETACHMENT**

מדבקה גדולה

Хирургическое удаление стекловидного тела глаза производится для того, чтобы свет мог поступать к сетчатке в случаях, когда стекловидное тело становится мутным вследствие таких заболеваний, как сахарный диабет или кровоизлияний в глазу. В ходе операции ткань стекловидного тела заменяется на другое соответствующее вещество. В некоторых случаях ущерб стекловидного тела сопровождается ущербом сетчатки, требующий дополнительного лечения. При таких заболеваниях, как отслоение сетчатки, представляющих собой состояние, при котором сетчатка отходит со своего места в результате разрыва сетчатки, сахарного диабета, ушиба глаза или заболеваний, затрагивающих центр зрения сетчатки, снижается способность сетчатки улавливать зрительные раздражители. В таких случаях требуется операция для исправления положения, включая, при необходимости, прижатие сетчатки обратно к месту. При операции проводится удаление стекловидного тела и затем лечение самой сетчатки, включая применение лазера в случае необходимости. В конце операции инъекции в полости стекловидного тела оставляют заменяющее вещество, включая жидкость, газ или силикон.

Вид анестезии, используемой при операции (нужное обвести кружком)

Общая / регионарная (ретробульбарная) / местная

Анестезия может быть также комбинацией нескольких видов и будет окончательно определена вместе с врачом-анестезиологом.

Я заявляю и подтверждаю, что мне были даны разъяснения относительно существующих **альтернативных путей лечения** в моем состоянии, в зависимости от заболевания, его размера и остроты, по мнению лечащего врача. Мне разъяснены возможные альтернативные виды лечения при отслоении сетчатки, включая пломбирование склеры или внутриглазную инъекцию газа с замораживанием (сугореху) / лазер. Мне были даны разъяснения относительно возможных альтернативных видов лечения при других состояниях, включая внутриглазную инъекцию протеина типа anti-endothelial growth factor (антисосудистый эндотелиальный фактор роста), внутриглазную инъекцию газа и другие. Мне были даны разъяснения относительно перспектив улучшения в ходе болезни, побочных явлений и осложнений, связанных с каждым из этих процессов, и о необходимости дополнительного лечения, если таковое потребуется.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об **ожидаемых результатах**, в том числе, о вероятности того, что в ходе операции выяснится необходимость в проведении дополнительных лечебных мероприятий, например, удаление катаракты, и что в ряде случаев будет необходимость в проведении дополнительной операции / дополнительных в целях, помимо прочего, возвращения сетчатки на свое место.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о **побочных эффектах** после основной операции, в том числе: боль, дискомфорт, покраснение, припухлость, отек или деформация роговицы. В большинстве случаев эти побочные явления проходят сами собой или реагируют на местное лечение.

Подпись пациента / опекуна: _____

(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

HOSPITAL
Assuta

RAISING HEALTH STANDARDS

מדבקה גדולה

Кроме того, мне было дано объяснение о **возможных рисках и осложнениях**, в том числе: внутриглазная инфекция (эндофтальмит), кровотечение, временное / продолжительное повышение внутриглазного давления, изменения рефракции, что потребует ношения очков или изменения предыдущего числа диоптрий очков, повреждение хрусталика, образование / ухудшение катаракты, опущение века, двойственное зрение, разрыв / разрывы / отслоение сетчатки, отслоение сетчатки, фильтрация жидкости в сосудистой оболочке глаза; в большинстве случаев эти осложнения устраняются с помощью медикаментов или дополнительных операций, однако в отдельных случаях они могут привести к полной потере зрения и высыханию глаза.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги, которые на данный момент невозможно предвидеть заранее, для спасения жизни или предотвращения ущерба организму. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая действия, которые, по мнению врачей больницы, будут жизненно необходимыми или потребуются во время проведения основной операции.

Мне разъяснено, что, если операция будет проводиться под **общей** анестезией, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Если операция по удалению стекловидного тела с лечением или без лечения отслоения сетчатки будет проводиться под местной / регионарной анестезией, я даю свое согласие на выполнение местной / регионарной анестезии с внутривенной инъекцией или без внутривенной инъекции седативных препаратов, после того, как мне были разъяснены риски и осложнения, в том числе проникание в глазное яблоко, повреждение зрительного нерва, косоглазие и, в редчайших случаях, потеря зрения. Мне были даны также разъяснения относительно аллергической реакции различной степени тяжести на анестетики и возможных осложнений при применении седативных препаратов, которые могут в редких случаях вызвать нарушения дыхания и сердечной деятельности, в основном, у сердечников и лиц с нарушениями дыхательной системы.

Мне известно, что, если медицинский центр является филиалом университета, в процессе диагностики и лечения могут принимать участие студенты, находящиеся под полным контролем и наблюдением.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция (если только хирург / врач, проводящий процедуру, не был выбран и согласован заранее) и все другие процедуры будут выполняться теми, на кого это возложено согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком, но лишь с ответственностью, принятой в лечебном учреждении, и в соответствии с законом.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Подпись пациента / опекуна: _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

