מדבקת המטופל

טופס הסכמה :הרדמה/ ANESTHESIA
Анестезия

Существуют общий, региональный и местный наркоз, а также комбинации этих методов. **Общий наркоз** – проводится с помощью внутривенных инъекций лекарств и/или через дыхательный аппарат с помощью тубуса (дыхательной трубки) и/или маски. Действие лекарств заключается в постепенной потере сознания, мышечном расслаблении и обезбаливании. Темп пробуждения после наркоза зависит от факторов связанных с операцией, наркозом и с общим состоянием пациента/ки. **Региональный наркоз** –проводится с помощью перинервальных инъекций и таким образом наркоз действует только на определенную часть тела. Например – эпидуральная и спинальная анестезия, при которых лекарство вводится в пространство окружающее спинной мозг. **Местный наркоз** – проводится с помощью инъекций в районе операции; обычно самим хирургом. Возможны комбинации этих методов, как: общий и региональный наркоз, региональный и местный наркоз. **Риск связанный с каким бы то ни было видом наркоза не обязательно имеет прямое отношение к типу и сложности операции.** У **беременной женщины**, при любом виде наркоза возможен переход лекарства к плоду, и в единичных случаях возможны побочные эффекты и осложнения у зародыша или осложнения в протекании беременности. ***Пациент/ка должен/а предоставить анестезиологу полную информацию о своих заболеваниях, о чувствительности к лекарствам, о реакции на предыдущий наркоз, и были ли осложнения при наркозе.***

имя пациента/ки: _____ _____ _____ _____

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____ _____

שם הרופא:	Фамилия	имя
	שם פרטי	שם משפחה

О потребности наркоза при проведении запланированной операции. Я получил/а разъяснения о целях и о возможных методах наркоза. Я подтверждаю здесь получение информации о разных видах наркоза и о том, что есть возможность перемены метода наркоза, и/или комбинации и/или перехода от одного метода к другому, по решению анестезиологов и хирургов. Я осведомлен/а о побочных воздействиях **общего наркоза**, включая: боль горла и затрудненное глотание, мышечные боли, тошнота и рвота, и общее плохое самочувствие. Я осведомлен/а о риске и об осложнениях, включая: повреждение зубов и трахеи вследствии введения аппаратуры. Изредка случаются тяжелые осложнения, включая: острая аллергическая реакция, очень высокая температура, нарушения функции печени и/или других жизненноважных органов. В редчайших случаях эти осложнения приводят к летальному исходу. Я осведомлен/а о побоных воздействиях **регионального наркоза**, включая дискомфорт на месте укола. После прекращения действия наркоза на какое то время остается нечувствительность и ограниченность в движениях, или даже временный паралич части тела. Также я осведомлен/а о риске и о возможных осложнениях, включая местную инфекцию/ абсцесс и кровоподтек. К тому же спинальная/ эпидуральная анестезия иногда сопровождается болью спины, возможна утечка спинной жидкости и/или проникновение иглы сквозь оболочку спинного мозга, что может привести к острым или продолжительным головным болям. Эти последствия требуют лечения. В еще более редких случаях возможно перманентное повреждение нервов снабжающих конечности и мочевой пузырь. **Я даю здесь свое согласие на проведение наркоза, кроме** _____.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע ההרדמה ,למעט

Я осведомлен/а о возможности неудачи при проведении анестезии вследствии моего анатомического строения, что не всегда можно предсказать заранее. Вследствии неудачи может понадобиться лечение для поддержания деятельности жизненноважных органов, вплоть до реанимации. Мне ясно, что в таком случае запланированная операция может быть не исполнена. Я знаю и согласен/а с тем что анестезия будет проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что она будет исполнена, вполностью или частично, кем-то конкретно, при условии что будет исполнена под ответственность учреждения согласно закону.

_____ _____ _____

подпись пациента/ки	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

_____ _____

подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного) חתימת האפוטרופוס(במקרה של פסול דין ,קטין או חולה נפש)

имя опекуна (родство) שם האפוטרופוס(קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ ית לחולה /לאפוטרופוס של החולה *את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

שם הרופא	חתימת הרופא	מס ׳רשיון