המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ANEST/HOB/EPI/0041/ ינואר 2001

טופס הסכמה: אילחוש אפידורלי בלידה

EPIDURAL ANESTHESIA

Эпидуральная анестезия при родах

Цель эпидуральной анестезии уменьшить боль во время родов. Анестезия проводится по просьбе роженицы и с ее согласия. В некоторых ситуациях, как при рождении близнецов, или когда может потребоваться кесарево сечение, рекомендуется произвести анестезию даже при отсутствии инициативы со стороны роженицы.

Проведение анестезии: после местного обезбеливания кожи и мягких тканей внизу спины в эпидуральное пространство (которое окружает спинной мозг) вводится игла, сквозь которую просовывают тонкую трубочку для впрыскивания обезбаливающего. Трубочка остается там до конца родов и по надобности больше. Лекарство дается в низкой концентрации, чтобы избежать влияния на мышцы живота и на продвижение родов. Появляется онемение нижней части тела – и обычо роженица не чувствует сильной боли. Часть женщин ощущают напряжение во время схватки. Преимущества метода в том, что роженица бодрствует, содействует акушерам, и анестезия не влияет на новорожденного.

Если потребуется кесарево сечение есть возможноть добавить лекарства и достичь достаточного обезбаливания для операции.

Имя роженицы _____ _____ _____ _____

фамилия имя имя отца

паспорт שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____ _____

Фамилия имя

שם משפחה שם פרטי רופא/ה:

О эпидуральной анестезии, ее целях, способе проведения и преимуществах.

Также, я проинформирована о возможных риске и осложнениях, включая острую головную боль вследствии проникновения иглы сквозь оболочку спинного мозга, что может потребовать лечения. Инфекция/абсцесс, кровоподтек в районе укола. В редчайших случаях возможен перманентный неврологический ущерб.

Понимая сказанное выше, прошу и согласна на проведение эпидуральной анестезии.

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 היולדת שעה תאריך

_____ _____

имя опекуна (родство) подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)

שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית ליולדת/ לאפוטרופוס של היולדת* 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

*מחק/י את המיותר והקף/ י בעיגול את הרלבנטי.

ההסתדרות הרפואית בישראל **החברה לניהול סיכונים ברפואה**

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

איגוד הרופאים המרדימים בישראל