

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2005/ONEPH/KDNY/5523/0081 אוגוסט

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי של כליה

KIDNEY BIOPSY/FINE NEEDLE ASPIRATION

Бланк согласия: Диагностическая пункция почки

Пункция производится с целью получения образца ткани или клеток из почки для установления диагноза, и/или для оценки характера изменений/степени развития болезни/степени прогрессирования заболевания и/или для оценки возможностей проведения лечения при почечном заболевании.

Для пункции используется игла, предназначенная для этой цели. В большинстве случаев пункция производится с использованием инструментальной визуализации. Через иглу отсасываются клетки/ткань, которые направляются для анализов – цитологического, патогистологического и/или для посева на культуру, и/или для дополнительных исследований, в зависимости от показаний. В большинстве случаев процедура кратковременная. В некоторых случаях не удастся получить достаточного количества ткани для анализа, и тогда приходится делать в дальнейшем повторную пункцию.

Пункция обычно производится под местной анестезией.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	י.י.נ.
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости проведения диагностической пункции почки (далее: «Исследование»).

Мне объяснено, что в процессе выполнения процедуры возможны ощущение дискомфорта и боль в районе пункции. Иногда на коже в месте укола появляется местное кровоизлияние, сопровождающееся изменением цвета кожи и легкой чувствительностью. Частым побочным эффектом после пункции является кровь в моче, выявляемая только при микроскопии (микрогематурия). Это побочное явление исчезает обычно самостоятельно через короткое время без необходимости в лечении.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях исследования, включая: кровавую мочу (макрогематурия), что обычно проходит без лечения. Иногда кровотечение бывает выраженным и/или продолжительным и может потребовать переливания крови, и в очень редких случаях - инвазивного вмешательства под рентгеновским контролем или хирургического вмешательства. Возможно также небольшое кровоизлияние в окружности почки (гематома),

аугוסט, которое обычно не сопровождается клиническими проявлениями, хотя возможно легкое снижение уровня гемоглобина. Очень редко, как следствие проведения иглы через подкожную жировую ткань и мышцу, возможно кровотечение в мягкие ткани (гематома), которое проявляется болью и припухлостью в области поясницы. В редких случаях гематома инфицируется, и тогда требуется лечение антибиотиками и/или хирургическое дренирование.

В очень редких случаях возможно повреждение наружного кровеносного сосуда почки, что приводит к местному расширению стенки кровеносного сосуда (аневризма) и может потребовать хирургического лечения. Существует возможность образования фистулы между небольшими артерией и веной внутри почки (AV fistula). Обычно это не имеет клинического значения, и все такие фистулы со временем закрываются самостоятельно. Иногда могут быть повреждены соседние органы, что потребует лечения и/или операции.

Настоящим я даю согласие на выполнение этого исследования.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2005/ONEPH/KDNY/5523/0081/אוגוסט

процессе выполнения исследования или после его окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера исследования, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе исследования.

Мне известно, что исследование будет произведено под местным наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что исследование и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

תאריך дата	שעה час	חתימת החולה подпись больного
שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного * все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее вычеркнуть

