

## Бланк согласия на ампутацию

### ניתוח קטיעה

Большая наклейка

После получения подробных устных разъяснений от доктора

\_\_\_\_\_

Фамилия

\_\_\_\_\_

Имя

в отношении необходимости ампутации \_\_\_\_\_,

включая ожидаемые результаты, разумные риски и альтернативные методы лечения в данных обстоятельствах (в частности, вероятность и осложнения после каждой из этих процедур и связанные с этим проверки и методы лечения), я даю свое согласие на проведение указанной выше операции в больнице (далее - «Основная операция»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были предоставлены разъяснения в отношении высоты ампутации и о том, что в процессе операции может возникнуть необходимость в изменении или расширении ее объема. Мною также были получены разъяснения в отношении побочных явлений, включая местные болевые ощущения, кровотечение, инфекцию, незаживление культи, что может потребовать дополнительной операции, а также фантомные боли, которые могут продолжаться длительное время после операции. Кроме того, мне были предоставлены разъяснения о возможных осложнениях общего характера после операции, в частности, воспаление легких, легочная эмболия и осложнения на сердце, а в редких случаях даже летальный исход на фоне осложнений.

Мне понятно, что обычно операция проводится под общим наркозом или местной анестезией. Я получаю информацию об этом от анестезиолога.

Мне известно, и я соглашаюсь с тем, что операция и все остальные процедуры будут выполнены специалистом, которому это будет поручено в соответствии с правилами и регламентом больницы. Мне не гарантируется, что они будут полностью или частично проведены определенным лицом, но ответственность за них возлагается на медицинский центр, как это предусмотрено законом.

Я прошу и уполномочиваю больницу:

Захоронить ампутированный орган после патологической проверки, если в ней возникнет необходимость, в соответствии с принятыми в больнице правилами и процедурами.

Отдать мне ампутированный орган в течение 21 дня после операции.

Мне было разъяснено, и мне понятно, что если ампутированный орган не будет востребован в течение 21 дня после операции, то он подлежит захоронению в соответствии с принятой процедурой.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
Время

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Имя законного опекуна

\_\_\_\_\_  
Подпись законного опекуна (в  
случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного пациента)

Настоящим подтверждаю, что пациент/законный опекун пациента\* получил подробные устные разъяснения всей приведенной выше информации и подписал данную форму согласия после того, как я убедился в том, что ему все понятно.

\_\_\_\_\_  
Имя врача

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

\_\_\_\_\_  
Номер лицензии