

טופס הסכמה לביצוע חסם עצבי פריפרי  
**БЛАНК СОГЛАСИЯ НА БЛОКАДУ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ**  
**Peripheral Nerve Block**

מדבקה

**Если процедура будет проводиться в процессе анестезии, мне будут даны разъяснения врачом-анестезиологом, и я подпишу отдельный, общий бланк согласия на анестезию.**

Сущность медицинской проблемы – боль.

Целью блокады периферических нервов является ослабление боли, как в качестве единственного пути ее лечения, так и в качестве дополнения к медикаментозному лечению. Блокада периферических нервов может также служить средством анестезии при операции самостоятельно или как дополнение к общей анестезии или медикаментозному сну (седации).

Блокада нервов осуществляется путем инъекции препаратов в нервы или вокруг них, что приводит к потере болевой чувствительности в определенной области тела. В большинстве случаев, действие блокады нервов проходит через считанные часы после прекращения инъекции обезболивающего препарата.

Мне разъяснено, что в большинстве случаев инъекция будет способствовать ослаблению моих болей, но возможно также, что эта цель не будет достигнута.

**Название блокады нервов, которая запланирована для этой процедуры**

(שם החסם העצבי המתוכנן לפעולה זו):

Мне даны также разъяснения относительно существующих альтернативных путей лечения в моем состоянии, например, системная обезболивающая фармакотерапия.

Мне разъяснено, и я понимаю большую важность передачи всей информации о состоянии моего здоровья и обо всех моих заболеваниях, а также об известной чувствительности к лекарствам и/или анестетикам, о реакциях и осложнениях после предыдущих процедур анестезии любого вида у меня или у моих родственников и обо всех принимаемых мною лекарствах.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне были даны разъяснения относительно побочных явлений после основной процедуры, в том числе таких, как боль или дискомфорт, боль и давление при введении иглы, временное ощущение мурашек и дрожи в начале действия обезболивающего состава, отсутствие ослабления боли после процедуры. Мне разъяснено, что после окончания процедуры потребует время на восстановление нормальной чувствительности и подвижности части тела, в которой проводилось обезболивание; мне разъяснено, что после окончания действия препаратов возможно возвращение более сильной боли\_\_.

**Подпись пациента/пациентки/опекуна:** \_\_\_\_\_  
(חתימת המטופל/ת / אפוטרופוס)

Мне разъяснено, и я понимаю, что в ходе выполнения блокады периферических нервов выяснится необходимость в местном обезболивании, с внутривенной инъекцией успокаивающих препаратов или без нее, которое проведет врач, выполняющий процедуру. Настоящим я даю свое согласие также на проведение этого обезбоживания после того, как мне были даны разъяснения относительно рисков и осложнений местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестетики, а также относительно возможных осложнений от применения успокаивающих препаратов, которые в редких случаях могут вызвать нарушения дыхания и сердечной деятельности, в основном, у сердечных больных и лиц с нарушениями дыхательной системы.

Кроме того, мне были даны разъяснения относительно возможных рисков и осложнений, в том числе таких, как аллергическая реакция различной степени тяжести, повреждение нервов и/или непреднамеренная травма спинного мозга, пневмоторакс, кратковременный проходящий эпилептический припадок, инфекция в области инъекции, что иногда требует хирургического дренажа и антибиотикотерапии, кровотечение в области инъекции, которое иногда требует хирургического дренажа. В очень редких случаях возможны тяжелые неврологические нарушения и даже необратимая дисфункция нервов. Вероятность вышеуказанных осложнений относительно мала. В редких случаях эти осложнения могут привести к летальному исходу.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено, и я понимаю, что существует возможность того, что в ходе проведения блокады периферических нервов выяснится необходимость расширения ее объема, ее изменения или проведения других или дополнительных мероприятий, которые невозможно предвидеть заранее, для спасения жизни или предотвращения ущерба организму. В связи с этим, я даю свое согласие на упомянутое расширение, изменение или проведение других или дополнительных мероприятий, включая действия, которые, по мнению врачей больницы, будут жизненно необходимыми или потребуются в ходе основной процедуры или сразу же после нее.

Мне известно, что больница является филиалом университета и признанным центром специализации, и поэтому в процессе обследования и лечения могут принимать участие практиканты или студенты, находящиеся под полным контролем своих руководителей. Я даю свое согласие на то, что процедуры в больнице будут проводиться теми лицами, на которых это возложено в соответствии с практикой и распоряжениями, действующими в больнице, и настоящим я заявляю, что мне не обещано, что они будут выполняться, полностью или частично, каким-либо определенным лицом, но исключительно с общепринятой ответственностью и в соответствии с законом. Настоящим я даю свое согласие на проведение основной процедуры.

Имя ПАЦИЕНТА/КИ: \_\_\_\_\_

פאמיליא / משפחה שם

שם פרטי / Имя

שם הורא / Имя отца

ד.ת. / Уд. личности

