

## БЛАНК СОГЛАСИЕ НА МИКРОГРАФИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО СИСТЕМЕ MOHS.

Операция MOHS - это особая и очень эффективная техника удаления опухолей кожи. Система была разработана и впервые представлена Фредериком Мохсом. Операционная техника MOHS успешно применяется при большинстве раковых опухолей кожи, но используется в основном для лечения BASAL CELL CARCINOMA (рак базальных клеток кож) и SQUAMOUS CELL CARCINOMA (рак сквамозных (поверхностных) клеток кожи).

Операция MOHS производится под местным наркозом, очень редки случаи применения общего наркоза. В ходе операции удаляется опухолевая ткань находящаяся в поверхностных слоях кожи, в радиусе и глубине слоя. Извлечённая ткань поступает в лабораторию, которая находится рядом с операционной, лаборант получает размеченный с помощью красок образец ткани для того, что бы отличить левую и правую стороны, а также верхнюю и нижнюю части; замораживает его и затем разрезает на тонкие слои "листки". Они укладываются на предметное стекло, окрашиваются специальными красителями и исследуются микроскопически оперирующим хирургом. Тут же идентифицируется все "отростки" и "корни" опухоли, если таковые имеются, и они удаляются по той же системе после точного определения их нахождения на краях раны. После окончания операции выполняется реставрация, с помощью наложения швов (края раны сшиваются) если это возможно, или путём смещения (натяжения) кожи на оперированную часть, или путём пересадки кожи с отдалённого участка. Послеоперационный период реабилитации и выздоровления до снятия швов, обычно продолжается от 4-17 дней. На месте операции остаётся шрам, в большинстве случаев он тонкий и почти не виден, но в ряде случаев более заметен. Строение шрама зависит от: строения кожи пациента, его реакции на заживление, которые строго индивидуальны у каждого человека.

ФАМИЛИЯ | ИМЯ | ИМЯ ОТЦА | НОМЕР ПАСПОРТА  
הַפּאָמִיליאַ | שְׁמֵהוּ | אָבִי שְׁמֵהוּ | .ג.ל רפוא

Заявляю и согласен/на, что получил/ла полное и исчерпывающее объяснение о ходе и предполагаемых результатах операции от врача устно.

ИМЯ                      ФАМИЛИЯ

На микроскопическую операцию по системе MOHS в области -----  
(написать место операции) מקום הניתוח

Следующим заявляю, что получил/ла полное и исчерпывающее объяснение о ходе и предполагаемых результатах операции по системе MOHS. Которая позволяет добиться наилучших результатов и уменьшает возможность регрессии (разрастание опухоли вновь), а так же позволяет по возможности максимально сохранить здоровые ткани, что улучшает образование потенциального рубца или искажения кожи на месте вмешательства. Разъяснено мне, что невозможно до операции точно определить размеры опухоли, часто до операции она кажется, больше чем в действительности. Разъяснены мне возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения (оперативное вмешательство без

микроскопического контроля, замораживание жидким азотом, местное облучение или уничтожение опухоли с помощью лазера), включая шансы и риски каждой из них, исследования и процедуры с ними связанные. Так же разъяснены мне возможные послеоперационные осложнения операции по системе MOHS(покраснение, отёк, боль или неудобство), так же мне были объяснены осложнения, которые могут возникнуть во время и после операции ( местное кровотечение, инфекция , расхождение швов или отторжение имплантата ). Вероятность этих осложнений мала. Все эти аспекты были мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял/ла. Я удостоверяю, что Я ознакомился/лась с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию и соответствующее лечение.

Я поставлен/на в известность, что больница Хадаса ,это университетская больница, поэтому на приёме у врачу а так же и на операции могут присутствовать студенты медики.

Я знаю, что все производимые процедуры будут выполнены руками специалистов, на которых это возложено, в соответствии с внутренними положениями (правилами) больницы. Я так же понимаю, что медицинское учреждение Хадаса не предоставляет мне, какого либо определённого врача, что процедура будет выполнена с полной ответственностью принятой в медицинском учреждении Хадаса в соответствии с буквой закона.

Ответственный за операцию - \_\_\_\_\_ .(אחראי על הניתוח יהיה)

Данным подтверждаю и даю согласие на проведение операции и местной анестезии. После полного и исчерпывающего объяснения возможных опасностей и осложнений от анестезии, включая возможные аллергические реакции на препараты используемые в анестезиологии. Если будет принято решение по применению общего наркоза, объяснения будут мне предоставлены врачом анестезиологом.

число | время | подпись больного  
תאריך | שעה | חתימת החולה  
имя апотропуса (родство)

שם האפוטרופוס(קירבה)

подпись апотропуса (несовершеннолетним, психиатрическим больным  
| חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) |  
и судебным случаем) \_\_\_\_\_

Следующим подтверждаю, что мною были предоставлены устные объяснения пациенту/ апотропусу пациента. Всё сказанное в необходимых подробностях. Пациент дал согласие, в чём подписался в моём присутствии. После того как я убедился, что он полностью понял объяснения ему предоставленные.

Имя врача | подпись врача | номер удостоверения врача  
שם הרופאה | חתימת הרופאה | מספר רשיון