

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ERMA/PSURG/8620/0123 /יוני 1999

טופס הסכמה: ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז

MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: МИКРОГРАФИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО МЕТОДУ МОЗА

Микрографическая операция по методу Моза – это особый способ лечения рака кожи. Операция получила свое название по имени разработавшего ее автора, доктора Фредерика Моза. Этот метод является эффективным при лечении большинства раковых заболеваний кожи, но применяется главным образом при базальноклеточном (BASAL CELL CARCINOMA) и ороговевающим (SQUAMOUS CELL CARCINOMA) раке кожи. Операция Моза проводится под местной анестезией и изредка под общим наркозом. В процессе операции пораженная ткань удаляется послойно в виде очень тонких срезов, соответствующих площади и глубине поражения. Удаленная ткань тут же подвергается сканированию и обработке в лаборатории, располагающейся в соседнем с операционной помещении. Обработка проводится по методу замороженных срезов, которые сразу же изучаются хирургом под микроскопом. Последующие слои ткани удаляются точно так же, как и первый, до тех пор, пока при исследовании под микроскопом не будет обнаружена здоровая ткань. В конце операции производится восстановление целостности кожного покрова пораженной области. Если это возможно, то восстановление производится путем сшивания краев кожного дефекта. В других случаях восстановление производится за счет сдвига участков соседней здоровой кожи (несвободный кожный лоскут) либо методом пересадки свободных лоскутов кожи, взятых из отдаленных участков тела. Время заживления с момента операции и до снятия швов составляет от 7 до 14 дней. На месте операции остается рубец. В большинстве случаев он нежный и почти незаметный, у некоторых больных остаются более выраженные рубцы. Характер рубца зависит от строения кожи и ее индивидуальной способности к заживлению.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о микрографической операции по методу Моза в области

указать область операции ציין/ את מקום הניתוח

(в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения в отношении

желаемых результатов и в частности о том, что операция по методу Моза дает самый высокий процент выздоровления и самый низкий процент рецидивов опухоли, а также позволяет в максимальной степени сохранить здоровую ткань, благодаря чему образуются рубцы и/или деформация меньших размеров. Мне также известно, что до операции невозможно предвидеть объем ткани, которую придется удалить, и обусловленный этим размер послеоперационного дефекта ткани. В большинстве случаев этот дефект намного больше видимой на глаз величины опухоли до основной операции. Я уведомлен/а также о возможных в моем случае альтернативных методах лечения, включая удаление без микроскопического контроля, замораживание жидким азотом, местное облучение или разрушение опухоли лазерным лучом, включая опасности, осложнения, виды обследования и лечения, связанные с каждым из этих способов. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения относительно сопутствующих явлений после основной операции, к которым относятся покраснение, припухлость, боли и дискомфорт. Кроме того, мне известно о возможных осложнениях в процессе основной операции и после нее, включая местное



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית
האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1999 /ERMA/PSURG/8620/0123

кровотечение и местную инфекцию, а также расхождение швов и неприживление лоскута на ножке или свободного лоскута в результате указанных осложнений. Эти осложнения встречаются редко.

Дополнительные осложнения, связанные с операцией _____

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; мне также

известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызывать нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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.

Ответственным за операцию будет ** _____
שם הרופא/ה имя врача

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 дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного *, 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.

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

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больной/ая лечится частным образом



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית
האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין