

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

### טופס הסכמה: ביצוע ארתרוסקופיה של הברך ARTHROSCOPY OF THE KNEE

ארתרוסקופיה של הברך מתבצעת במטרה לאבחן ו/או לטפל כירורגית בפגיעות או בנזקים על רקע חבלות, מחלות או תהליכים ניווניים. כמו כן, מאפשרת הבדיקה נטילת חומר לבדיקות מעבדה שונות. דרך חתכים קטנים מוחדרים לברך מכשירי ראיה (אופטיקה) ומכשירי עבודה ידניים או ממוכנים. מספר החתכים ומיקומם נקבע לפי צרכי הניתוח ושיקולו של הרופא האחראי תוך כדי ביצוע הפעולה. הפעולה מתבצעת בדרך כלל בהרדמה אזורית או בהרדמה כללית, ולעתים רחוקות בהרדמה מקומית.

שם החולה: \_\_\_\_\_

| שם משפחה | שם פרטי  | שם האב  | ת.ז.    |
|----------|----------|---------|---------|
| שם פרטי  | שם משפחה | שם פרטי | שם פרטי |

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_  
על הצורך לבצע ארתרוסקופיה אבחנתית ו/או טיפולית בברך ימין/שמאל \* פרט \_\_\_\_\_  
(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי הטיפולים החלופיים וסיכויי ההצלחה של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות של הישנות הנזק המקורי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, נפיחות, הגבלה בתנועה ואי נוחות שיימשכו מספר שבועות ויחייבו מנוחה וטיפול נגד כאבים. כמו כן ברוב המקרים נדרש טיפול פיזיותרפי אחרי הניתוח. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום, פגיעה בכלי דם, פגיעה עצבית, מוטורית ו/או תחושתית, פגיעה בתחושת עור השוק החיצוני, דיסטרופיה סימפטטית (RSD), קרישי דם בוורידים העמוקים (DVT), נזק מחוסם העורקים וסיכונים מכאניים, כדוגמת שברים, קרעים ברצועות או נזק מכלי הניתוח. סיכונים אלה נדירים מאוד. הוסברה לי האפשרות, כי יתכן צורך בפרוצדורות נוספות לתקן סיכונים אלה ולא מן הנמנע כי ישאר נזק קבוע שאיננו ניתן לתיקון. לאחר ניתוחים לתיקון או לשחזור קרע/ים (כמו תפירת הסהרון - מיניסקוס), תפירה או שחזור של הרצועות הצולבות) עלול/ים להיווצר קרע/ים חוזר/ים שיצריכו תיקון ניתוחי חוזר. הוסבר לי כי הסיכונים ואפשרות כשלון הניתוח גבוהים יותר וכן המהלך השיקומי ותהליך ההחלמה ממושכים יותר, ככל שהפעולה הכירורגית מורכבת יותר. הוסבר לי כי יתכן צורך להרחיב את היקף הניתוח ולבצע ארתרוטומיה (פתיחת הברך בחתך גדול יותר), לצורך טיפול שאיננו ניתן לתיקון בארתרוסקופיה ו/או לטיפול בסיכונים שהוזכרו. ברור לי כי הרחבת הניתוח ופרוצדורות אחרות אינן ניתנות לצפייה מראש. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה \* \_\_\_\_\_

שם הרופא

| תאריך                  | שעה חתימת החולה                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------|
| שם האפוסטרופוס (קירבה) | חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) |

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה \* את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

| שם הרופא/ה              | חתימת הרופא/ה     | מס' רישיון |
|-------------------------|-------------------|------------|
| *מלא במקרה של רופא פרטי | *מחק/י את המיותר. |            |