

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרק הירך או הברך TOTAL HIP / KNEE REPLACEMENT

החלפה של מפרק הירך או הברך במישתל מלאכותי נעשית במקרים של פגיעה קשה במרכיבי המפרק מסיבות שונות. במהלך הניתוח מוחלפים משטחי המפרק במישתל העשוי מחומרים פלסטיים, קרמיים ומתכות. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או בהרדמה אזורית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט מדר'

שם משפחה _____ שם פרטי _____

על אופי מחלתי ועל הצורך בביצוע ניתוח להחלפת מפרק הברך / הירך* מצד ימין /שמאל*

סוג המישתל

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

ידוע לי כי אורך החיים של מפרק מלאכותי הוא מוגבל וכי עלול להתעורר צורך בניתוחים חוזרים בעתיד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי-נוחות והגבלה בתנועה.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, שלעיתים יצריך הוצאת המישתל בניתוח, השאת המפרק ללא מישתל לפרקי זמן שונים והתערבות ניתוחית נוספת; התרופות של המישתל אשר תחייב ניתוח נוסף; צליעה, שמקורה הברך באורך הגפיים, ו/או פגיעה עצבית בשרירי הגפיים, ו/או הפרעה בתפקוד השרירים; וכן סיבוכים טרומבואמבוליים. בניתוחים להחלפת מפרק הירך אפשרית גם פריקה, אשר תחייב ניתוחים נוספים או שכיבה ממושכת. סבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי על המישתל בו אמורים להשתמש בניתוח אך אני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יהיה צורך לשנות את סוג המישתל ו/או את היקף הניתוח לנוכח קשיים שיתעוררו בקיבוע התותב לעצם או שמקורם באיכות העצם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש 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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. 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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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 האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

*מחקר/י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלבנטי.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה

