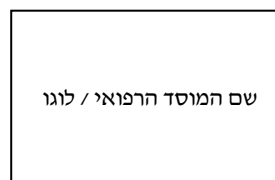




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 06/2019

טופס הסכמה ל

תרומת کلیה מתורם חי לצורך השתלה באחר Informed consent for Donation of kidney from a live donor for transplantation in a recipient

בניתוח תרומת کلیה מוצאת کلیה אחת מהתורם, לצורך השתלתה בחולה הסובל מאי ספיקה כלייתית סופנית, ונוזקק או יזדקק בקרוב לטיפול דיאליזה לכל חייו. מטרת ההשתלה לאפשר לנתרם לחיות ללא צורך בדיאליזה. סיכויי קליטת הכליה המושתלת גבוהים, אך יש לדעת שתיתכן דחייה של הכליה המושתלת או תפקוד לקוי שלה וכן שכליה מושתלת מתפקדת בממוצע כ 10-15 שנה אצל הנתרם.

הניתוח להוצאת הכליה לתרומה מתבצע בדרך כלל כניתוח לפרוסקופי סגור, אך יכול גם להתבצע במקרים מיוחדים בשיטה הפתוחה, דרך הבטן או המותן, על פי שיקולי המנתח. בשתי השיטות מבוצע הניתוח בהרדמה כללית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **כללית**

שם המטופל (תורם הכליה):

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

תאריך	שעה	חתימת המטופל (תורם הכליה)
-------	-----	------------------------------

על הצורך בביצוע ניתוח לתרומת کلیה (להלן: "הניתוח העיקרי").



שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות אי נוחות חולשה וכאבים אשר ברוב המקרים חולפים תוך מספר ימים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

- פגיעה באיברי בטן ו/או דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם הסמוכים למקום הניתוח (סיכון של כ 0.5%), במקרה כזה יתכן ויהיה צורך לעבור מניתוח לפרוסקופי סגור לניתוח פתוח או שיהיה צורך בניתוח נוסף לתיקונים. קיימת האפשרות של עירווי דם.
- התפתחות של זיהום בפצע הניתוח או בקע בצלקת הניתוח (סיכון של כ 0.5%).
- במקרים נדירים (1 לכל 3000 ניתוחים) יתכן מוות בעקבות הניתוח העיקרי.

וכן, ההשלכות לטווח הארוך:

הכליה הנותרת בתורם, צפויה להגביר את תפקודה בהדרגה, עד לתפקוד קרוב (כ – 70-80%) לזה של שתי הכליות, לרוב ללא השפעה ארוכת טווח על איכות החיים או תוחלת החיים של התורם.

- לאחר התרומה עלי להיות במעקב רפואי לפחות פעם בשנה לכל חיי.
- חשיבות שמירת אורח חיים בריא, הימנעות מעישון, והקפדה על משקל תקין.
- חשיבות הימנעות מתרופות שעשויות להזיק לתפקוד הכליתי (דוגמת משפחת נוגדי הדלקת שאינם סטרואידים NSAIDS).
- תיתכן עליה קלה בהפרשת חלבון בשתן וכן עליה קלה בלחץ הדם.
- הספרות הרפואית מצביעה על סיכון מוגבר להתפתחות מצב של אי ספיקת כליות סופנית (לעיתים עד צורך בטיפול כלייתי חלופי – דיאליזה או השתלת כליה) כ-20-15 שנים לאחר התרומה. נכון להיום מעריכים כי הסיכון עולה משיעור של 1:1500-1:2000 באנשים שלא תרמו כליה לשיעור של 1:300-1:600 בתוך עשרים שנה, בתורמי כליה. בנשים בגיל הפוריות, על פי דיווחים בספרות המדעית, ישנה עלייה בסיכון לרעלת הריון (מכ- 5% ללא תרומה ל-10% לאחר התרומה).
- עלי ליידע אנשי צוות רפואי בעובדה כי יש לי כליה יחידה.

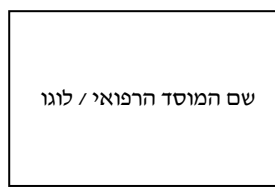
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח תרומת הכליה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שהפעולה מתבצעת בהרדמה כללית וההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.



מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שניתוח תרומת הכליה וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.
 אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל (תורם הכליה)
-------	-----	---------------------------

שם אפוסטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.	

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------