

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לייצוב הכתף

REPAIR OF RECURRENT DISLOCATION OF SHOULDER

ניתוח לייצוב הכתף מבוצע במקרים של נקיעות או תת נקיעות חוזרות של מפרק הכתף. הניתוח מכוון להשיג יציבות של המפרק תוך כוונה לשמור על טווח תנועה מקסימלי. קיימת אפשרות לביצוע הניתוח ב"שיטה פתוחה" או באמצעות ארטרוסקופ ב"שיטה סגורה". בחירת השיטה נעשית בהתאם לשיקול דעת רפואי. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט מדר' _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח לייצוב הכתף בצד ימין / שמאל* בשיטה סגורה / פתוחה* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שלאחר הניתוח אהיה בקיבוע שימשך בין 3 ל-8 שבועות, לפי החלטת המנתח ובהתאם לשיטת הניתוח, ובתקופה זו לא אוכל לתפקד עם היד המנותחת. כן ידוע לי שלאחר הניתוח אודקק לטיפול פיזיותרפי שיקומי. הוסבר לי כי לאחר הניתוח יהיה עלי להימנע מפעילות ספורטיבית במשך חצי שנה, ומכל פעילות מאומצת של הכתף במשך שנה.

הוסבר לי שבכל מקרה צפויה לאחר הניתוח הגבלה יחסית בטווח תנועת הכתף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

הוסברו לי הסיכונים והסבוכים האפשריים לרבות: זיהום שלעיתים יצריך ניתוח נוסף לטיפול בזיהום; פגיעה עצבית שעלולה לפגוע בתפקוד הכתף והיד; פריקות חוזרות במפרק המנותח. סיבוכים אלו אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך לשנות את מהלכו בהתאם לממצא התוך ניתוחי ו/או לעבור מ"השיטה הסגורה" ל"שיטה הפתוחה".

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 שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים 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 מבוצע בהרדמה כללית והסבר 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 _____

* מחקי את המיותר והקף/י בעיגול את הרלבנטי.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה

