

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

הסכמה לניתוח: תיקון כף רגל קלובה CORRECTION OF CLUB FOOT

ניתוח של כף רגל קלובה נעשה במטרה לשפר את העמדה והצורה של כף הרגל על מנת לאפשר את תפקודה התקין. הניתוח מהווה שלב בתיקון ולאחריו יש צורך בהמשך טיפול על ידי קיבוע חיצוני ובפעולות נוספות לצורך שיפור ושימור של העמדה התפקודית. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על ניתוח לתיקון כף רגל קלובה ימין / שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם לא תושג התוצאה הרצויה, או שיושג תיקון חלקי, או שהעיוות ישנה, ויהיה צורך בטיפולים נוספים לרבות ניתוח חוזר. הוסבר לי כי בכל מקרה לא תהא הרגל המנותחת זהה לרגל נורמלית. כמו כן הוסבר לי שתהליך השיקום והרפוי כרוך בהגבלות בתנועה ו/או שימוש במכשירי עזר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי הסיכונים והסיכויים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; היפרדות שולי הפצע; פגיעה בכלי דם, בעצבים או בעצמות כף הרגל, שעלולה לגרום לנזק עד כדי צורך בתיקון ניתוחי ובמקרים נדירים כריתת כף הרגל.

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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים 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 כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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

* מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה — אורתופדיית ילדים

