

## המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

### טופס הסכמה: תיקון ניתוחי במחלת LEGG-CALVÉ – PERTHES

הטיפול הניתוחי במחלת PERTHES מתבצע לצורך הקטנת הפגיעה ו/או מניעת פגיעה נוספת במפרק הירך הנגרמת על ידי המחלה. קיימות שיטות שונות לביצוע הניתוח. השיטה תבחר על פי שיקולים רפואיים. במקרים מסוימים יידרש יותר מניתוח אחד כדי להשיג את התוצאה הרצויה. 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 משפחה

שם פרטי

על הצורך בניתוח

ברגל ימין / שמאל / שתייהן\* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שלא בכל מקרה תושג התוצאה המקווה ויתכן צורך בטיפולים נוספים לרבות התערבות ניתוחית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי החלופות הניתוחיות.

הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה. במקרים מסוימים יגרם קיצור של העצם וחולשת שרירים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום שיעריך טיפול עד כדי ניתוח; חיבור לקוי של העצם שעלול להצריך התערבות ניתוחית. לעיתים נדירות, בעת הניתוח, תתכן פגיעה בכלי דם ו/או בעצב שתגרום להפרעה תפקודית.

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/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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/היא 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

