

טופס הסכמה: דיקור טיפולי PERCUTANEOUS DRAINAGE

הדיקור מבוצע במטרה לנקז נוזל פלאורלי / פריטונאלי / מורסה / כיס מרה / כליה / שלפוחית שתן (להלן "הנוזל").
הדיקור מתבצע על ידי שימוש במחט המיועדת למטרה זו ו/ או על ידי החדרת צנתר לניקוז הנוזל. בעזרת המחט ו/ או הנקז
נשאב הנוזל ועל פי הצורך נשלחת דגימה ממנו לבדיקת מעבדה. על פי הצורך הרפואי יתכן ויושאר נקז לפרק זמן קצר או
ארוך.
בהתחשב בגיל המטופל ובסוג הדיקור יוחלט על הצורך במתן הרדמה וסוג ההרדמה.

שם החולה

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

על הצורך בביצוע: ניקוז (להלן: הטיפול העיקרי)

הוסבר לי שבמהלך הטיפול צפויים תחושה של אי נוחות וכאב באזור הדיקור. לעיתים, במקום הדיקור מופיע שטף דם
מקומי. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: כאבים ממושכים, זיהום במקום
הדיקור ו / או באיבר המטרה, דם נמשך, אשר בחלק מהמקרים יצריך אשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם
עירו דם או ניתוח לעצירת הדמם. לעיתים נדירות תגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול. במקרים נדירים ביותר
עלולים סיבוכים אלו להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או לאחריו יתברר
שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנתו, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות
פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה
הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניות או
דרושות במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה
אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הבדיקה העיקרית בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על
ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית 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' רישיון
------------	---------------	------------

מחקי את המיותר

דיקור טיפולי (462-It)

החברה לניהול סיכונים ברפואה
מקבוצת מדוס

