



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 03/18

טופס הסכמה ל

## טיפול בדיאליזה צפקית Peritoneal Dialysis

דיאליזה צפקית הינה טיפול חלופי לפעילות הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראת הכליות. הטיפול מתבצע ע"י הזלפת נוזלים לחלל הצפק (פריטוניאום) בבטן באמצעות צנרת. הצנרת מוחדרת לחלל הבטן בהרדמה כללית או מקומית.

כחלק מהטיפול בדיאליזה צפקית נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ביקורת תקופתית ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל.

הטיפול מתבצע מספר פעמים ביום, בהתאם למצב המטופל, במסגרת טיפולית או בבית. הטיפול מבוסס על שטיפת חלל הבטן ע"י תמיסות דיאליזה מספר פעמים ביום. תהליך מילוי/ריקון חלל הצפק יכול להמשך עד שעה כל פעם.

לצורך הטיפול יש צורך בהחדרת צנרת קבוע לחלל הצפק (להלן: הניתוח).

צורת ההרדמה המלווה את התקנת הצנרת הקבוע לחלל הצפק: **הרדמה מקומית**

הליך ביצוע הדיאליזה הציפקית יתבצע ללא הרדמה

**שם המטופל:**

---

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

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

---

| שם משפחה | שם פרטי |
|----------|---------|
|----------|---------|

---

| תאריך | שעה | חתימת המטופל |
|-------|-----|--------------|
|-------|-----|--------------|



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ  
מקצועות מודט



שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

על הצורך בביצוע דיאליזה צפקית ("הפעולה העיקרית").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, לרבות המודיאליזה, השתלת כליה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/ הפעולה העיקרית/ לרבות חולשה, כאב בטן ואי נוחות והן התקשות הצפק, הפרעה במשק הפחמימות ומלחי הגוף, הפרעות לבביות, הפרעות במערכת העיכול, הפרעות במערכת העצבים ההיקפית והמרכזית, מחלות עצמות, החשת תהליך טרשתי (הסתיידות העורקים), דלקת ריאות, נוזל בחלל הריאה, אי ספיקת לב ובצקת ריאות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, פגיעה באברים פנימיים, זיהום בתעלה התת עורית מסביב לצנרת, זיהום בצפק עד אלח דם וצורך בהחדרה חוזרת של הצנרת לשם מיקומו מחדש או להסרתו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להחדרת הצנרת לבטני לאחר שהובהרו לי הסיכונים האפשריים בביצוע הפעולה לרבות: דימום, זיהום, פגיעה באברי הבטן שלעיתים יצריכו תיקון כירורגי, ובמקרים נדירים ביותר אפילו במוות. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית; והסיבוכים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך הניתוח/הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים 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 כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח/פעולה העיקרית.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה **מקומית** והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים במידת הצורך.

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהניתוח/פעולה העיקרית/ 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 נותנת/ בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המטופל

שעה

תאריך



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

-----

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל) חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

-----

שם הרופא (חותמת) חתימת הרופא תאריך ושעה

-----

שם המתרגם/ת קשריו לחולה