

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח בעורק התרדמה INTERNAL CAROTID ENDARTERECTOMY OR BYPASS

היצרות בעורק התרדמה הינה גורם סיכון להארעות שבץ מוחי. ניתוח בעורק התרדמה נועד להקטין את הסיכון לאירוע מוחי עתידי. דרגת הסיכון גדולה ככל שגדל שיעור ההיצרות. בהיצרות של 70% או יותר, יש יתרון לטיפול ניתוחי על פני המשך טיפול שמרני להקטנת הסיכון לאירוע מוחי. הסיכון בניתוח קשור גם לדרגת ההיצרות של עורק התרדמה בצד שני, מידת ההפרעות שנגרמו בגין היצרותו, וכן למחלות נלוות, בעיקר מחלות לב. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או באמצעות חסם עצבי אזורי.

שם החולה:

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

על הצורך בביצוע ניתוח _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, וכן האפשרות כי ב-10-15% של הניתוחים תיתכן היצרות חוזרת שתופיע חודשים או שנים לאחר הניתוח. בחלק מהמקרים יהיה צורך בניתוח חוזר.

הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, ופגיעה בעצבים של הלשון, זווית הפה ומיתרי הקול.

הוסבר לי כי במהלך הניתוח העיקרי או לאחריו, קיימת סכנה של אירוע מוחי ו/או אירוע לבבי שעלולים לגרום לנכות בדרגות חומרה שונות ועד מוות. שיעור כולל של הסיבוכים החמורים הוא עד כ-3 אחוזים. שיעור הסיכון עלול להיות גבוה יותר בהתאם למצב עורק התרדמה בצד השני וקיומן של מחלות נוספות.

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 לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או באמצעות חסם עצבי אזורי, והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/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 הכפוף 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 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
החברה לכירורגית כלי דם

