המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לב פתוח OPEN HEART SURGERY

ניתוח לב פתוח, מתבצע לשם תיקון של מום או מחלה לבבית בלב עצמו, או בעורקיו. הגישה ללב מחייבת פתיחת בית־החזה, בדרך כלל בחתך אמצעי של עצם החזה. בזמן התיקון בלב, מתבצעת עקיפת פעולת הלב על ידי מכונת לב־ריאה חיצונית המזרימה ומחמצנת את הדם לגוף כולו. ככלל, לאחר ניתוח לב פתוח, שוהה המנותח בטיפול נמרץ בו הוא מחובר לעזרי ניטור ומקבל טיפול אינטנסיבי הכולל הנשמה וטיפולים תוך ורידיים.

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 בביצוע ניתוח לב פתוח: _____

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, המהלך החזוי והתופעות הכרוכות בשלבי ההחלמה השונים לרבות אי נוחות מרובה וכאב באזור עצם החזה. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: נזק למערכת הלב, נזק לכלי הדם, פגיעה מוחית, דימום, זיהום ופגיעה באיבר מרוחק בשל הפרעה בזרימת הדם אליו.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול להיווצר צורך בביצוע ניתוח חוזר.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי ששיעור התמותה בניתוח האמור עולה על אחוז אחד ותלוי בגיל, סוג הניתוח ובגורמי סיכון נוספים.

אני מצהיר/ה כי קיבלתי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 לצפותם כעת בוודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

_____ _____ _____

תאריך | שעה | חתימת החולה

_____ _____

שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס 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 | חתימה | מס' רשיון

*מחק את המיותר

ט"ז אפריל 1997/CVSUR/COR/BYP/0016

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לכירורגיה של בית־החזה

MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ