המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: צינתור כלי־דם ANGIOGRAPHY

צינתור כלי־דם מתבצע לצורך איבחון הצרות, חסימה, מלפורמציה או מפרצת (אנויריזמה) בכלי הדם.
הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתר או מחט, בדרך כלל באזור המפשעה או באזור המותן, בית השחי או באזור אחר, בהתאם לצרכי הבדיקה. דרך הצנתר מוזרק חומר ניגוד והדגמת כלי הדם נעשית באמצעות שיקוף וצילומי רנטגן.
בצינתור טיפולי מבוצע טיפול בכלי הדם על ידי בלון, בלי או עם הכנסת אביזר או תומך (STENT) או טיפול על ידי הזלפת חומר ממיס קרישים. במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מיידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני.
על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוד, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה: _____ _____ _____ _____
שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת. ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ _____
שם משפחה | שם פרטי

על הצורך בביצוע צינתור כלי־דם איבחוני ו/או טיפולי לרבות טיפול על ידי בלון ו/או תומך ו/או טיפול באמצעות חומר ממיס קרישים*.
פרט טיפול אחר: _____
_____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות במקום החדרת הצנתר ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.
כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הצינתור לרבות דימום באזור הדיקור, סתימה של כלי הדם במקום הצינתור או באזור מרוחק יותר, שטף דם תת עורי, מפרצת מדומה וזיהום. במקרים נדירים עלול להגרם נזק לאיבר או לגף המצונתרים עד כדי אובדן הגף וארוע מוחי. הוסברו לי גם הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר הניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות ובמקרים נדירים ביותר פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.
כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית 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 במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.
הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית במידת הצורך ובהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, 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' אוגוסט 1997 VASUR/000/ANG/0008

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לכירורגית כלי־דם
MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ