

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: תיקון היצרות/חסימה או מפרצת בותין הבטני REPAIR OF ANEURYSM OR STENOSIS/OCCLUSION OF THE ABDOMINAL AORTA

ניתוח לתיקון התרחבות (מפרצת) או היצרות/חסימה בותין מתבצע, בדרך כלל, באמצעות החלפת החלק המורחב או המוצר בשתל העשוי מחומר סינתטי. הניתוח מתבצע דרך חתך בבטן או חתך משולב בבטן ובחזה. במקרים מסוימים, יש צורך, בנוסף, גם בחתכים במפשעות לצורך חיבור "מכנסי" השתל לעורקים הראשיים של הרגליים. המהלך המיידני לאחר הניתוח משלב, בדרך כלל, את הנשמת החולה וטיפול אינטנסיבי במחלקה מיוחדת (טיפול נמרץ או התאוששות).

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 _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, מהלך ההחלמה ותופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח, לרבות: דימום, זיהום והצטברות של נוזל דמי או סרוסי שלעיתים יצריכו ניקוז; לעיתים נדירות יתכנו זיהום או חסימה בשתל שיצריכו ניתוח חוזר.

כמו כן הוסבר לי שבניתוח יתכנו סיכונים רציניים, לרבות: אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, והפרעה באספקת הדם לאברים חיוניים כמו כליות, מעיים, לבלב ועמוד השדרה, עד כדי שיתוק פלג הגוף התחתון. חסימה באספקת הדם לגפיים התחתונות עלולה להצריך, במקרים נדירים, את כריתת הגף. אצל גברים יתכן סיבוך של פגיעה בתפקוד המיני על רקע הפרעה באספקת הדם או פגיעה בעצבים. שיעור הסיכונים הרציניים והתמותה מהם נע בין 3%-ל-5%.

הוסבר לי שלניתוח עלולים להיות סיכונים מאוחרים, נדירים יחסית, כמו מפרצת או היצרות באזורי ההשקה שתיקונם יחייב ניתוח נוסף. אני נותן/ת בזאת 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 בהליכים 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 העיקרי מתבצע בהרדמה כללית 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 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 בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

*מחקר/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לכירורגית כלי דם
איגוד הכירורגים בישראל

