המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: לטיפול מטרש (סקלרותרפיה) בורידי הרגליים
SCLEROTHERAPY

אחת השיטות לטיפול בורידים מורחבים (״דליות״) ובורידונים (״נימים״) בולטים בעור הינה הזרקת חומר מטרש לוריד. קיימים כיום מספר חומרים המשמשים למטרה זו. הטיפול שהינו קוסמטי בעיקרו, כולל סדרת הזרקות ולאחר מכן אפשרות של חבישת הרגל על פי שיקול הרופא. מספר ההזרקות הנדרש תלוי בפיזור ובכמות הורידים המורחבים, וניתן לחזור על הפעולה מידי שניים עד שלושה שבועות. התהליך עשוי להמשך מספר חודשים.

החומר המטרש מוזרק דרך מחט דקה, ומלווה בכאב קל של הדקירה ובתחושת צריבה בעת הזרקת החומר.

העלמות הורידים או הנימים אינה מוחלטת, והאזור המוזרק עלול לשנות, פעמים רבות, את צבעו באופן גלוי לעין.

הטיפול אינו מונע הופעת ורידים חדשים שעלולים להופיע גם באזור ההזרקה.

הטיפול מתבצע בדרך כלל ללא הרדמה.

שם החולה: _____ _____ _____ _____

שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת. ז.

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד״ר _____

שם משפחה | שם פרטי

על **טיפול להעלמת ורידים באמצעות הזרקת חומר** _____ **ברגל ימין/שמאל***,

באזור/ים _____ (להלן: ״הטיפול העיקרי״).

(ציין/י את מקום הטיפול)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות ניתוח וטיפול בלייזר, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצבי. הוסברו לי התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, וכן הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הווריד/ים מגיבים חלקית או אינם מגיבים כלל לטיפול. במקרים אלה ניתן לחזור על הטיפול אך לא ניתן להבטיח בוודאות הצלחה מלאה בטיפול בכל הורידים ברגל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, צריבה, אי נוחות, שינויי צבע במקום ההזרקה ו״פסים״ בתוואי הוריד שהוזרק. בחלק מהמקרים עלול להיוותר פגם אסתטי באזור/י ההזרקה.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום מקומי, היווצרות כיב או אזור של נמק במקום ההזרקה שעלול להותיר צלקת בתום תהליך הריפוי. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות. במקרים נדירים ייתכן שיהיה צורך בניתוח מתקן באזור הנמק בעור.

הוסבר לי כי במקרים נדירים עלולה להיות רגישות של הגוף לחומר המטרש המוזרק לוריד, שיכולה לגרום לתגובה אלרגית מקומית או כללית. במקרים קיצוניים שהם נדירים מאוד התגובה האלרגית יכולה להיות קשה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול יהיה** _____.

שם הרופא/ה

_____ _____ _____

תאריך | שעה | חתימת החולה

אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס׳ רשיון

* מחק את המיותר.

** במקרה של מטופל פרטי.

ס׳ 2002 נדפס/VASUR/0000/3992/0195

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית כלי דם

MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע״מ