

## המקום פנוי 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 צילום 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 כלתית ו/או רגישות לiod, 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 פרטי שם משפחה

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 תופעות הלוואי של הטיפול לרבות כאב ואי נוחות כתוצאה מההרדמה המקומית והחדרת הצינורית ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הצנתור לרבות דימום באזור הדיקור, סתימה של העורק במקום הצנתור או באזור מרוחק יותר, שטף דם תת עורי, מפרצת מדומה וזיהום. במקרים נדירים עלול להיגרם נזק לאיבר או לגפה המצונתרים עד אובדן הגף וארוע מוחי. הוסברו לי גם הסיכונים האפשריים של הזרקת חומר הניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות ובמקרים נדירים ביותר פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיכונים אלו להסתיים אף במוות.

אני נותן/ת בזה 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 והסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה 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 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 על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימה מס' רשיון

\*מחק את המיותר



משרד הבריאות

הסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולרית)

