



CARDIAC CATHETERIZATION טופס הסכמה: צינתור לב

צינתור לב מתבצע לצורך הדגמה ו/או טיפול בכלי הדם של הלב ו/או בלב עצמו. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתרים דרך עורק פריפרי עד לאזור הלב ו/או לעורקים הכליליים המזינים את הלב, תחת שיקוף וצילומי רנטגן. באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים. בצינתור טיפולי מבצעים פעולות תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אביזרים יחודיים המותקנים על גבי הצנתרים, כולל תומך (STENT). 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 כלייתית ו/או רגישות ליוז, קודם לביצוע הבדיקה.

שם המטופל:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם פרטי שם משפחה

על הצורך בביצוע צינתור לב איבחוני ו/או טיפולי לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים בעזרת בלון ו/או אביזרים אחרים*. פרט טיפול אחר:

(להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות במפשעה באזור החדרת הצנתר ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתפקוד הכליות והחמרה במחלת הלב, וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות. הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנושיות המקרה, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

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 מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי כולל, פעולה צינתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותו שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יהיה צורך לביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/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.

חתימת המטופל

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוסטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

תאריך ושעה

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה (חותמת)

נספח לטופסי הסכמה לצנתור ולבלון

א.ג.ב.

מומלץ ע"י רופאי מכון הלב שתעבור/תעברי בדיקת צנתור הלב. בדיקה זו חשובה לשם אבחון מדויק של הצרויות אפשריות בכלי הדם של הלב, לקביעת תפקוד שסתומי הלב ושריר הלב. בדיקה זו תעזור בקביעת הטיפול העדיף עבורך. בדיקת הצנתור הינה בדיקה פולשנית בה מחדירים צינתורית דקה דרך עורק המפשעה בדרך כלל, ובעזרתה מדגימים את עורקי הלב וחדרי הלב. בדיקת הצנתור כרוכה בסיכון מסוים לנבדק, ולכן נוכח בחדר צנתורים צוות מיומן עם אמצעי ניטור וטיפול מידיים. להלן מהסיכונים והסיבוכים האפשריים בצנתור:

סיבוכים בעורק הכניסה (דימום, סתימה) בממוצע כ-1.6% מהנבדקים.
 הפרעות קצב קשות (הפיכה חשמלית, קוצב) בממוצע כ-0.5% מהנבדקים.
 אירוע מוחי בממוצע כ-0.2% מהנבדקים.
 אוטם שריר הלב בממוצע כ-0.4% מהנבדקים.
 מוות בממוצע כ-0.15% מהנבדקים.

בדיקת עורקי הלב בצנתור עשויה להדגים היצרות/סתימות כליליות המתאימות והמצריכות הרחבה ע"י בלון (PTCA) ובמקרים מסוימים, המתאימים לכך, ניתן להמשיך מהצנתור ישירות להרחבת בלון.

ההצלחה בהרחבת הבלון הינה בממוצע כ-80% ויותר, אך גם פעולת הרחבת הבלון כרוכה בסיכונים וסיבוכים ובעיקרם:
 אוטם שריר הלב בממוצע כ-4% מהמטופלים בבלון.
 ניתוח מעקפים דחוף בממוצע כ-3% מהמטופלים בבלון.
 מוות בממוצע כ-1% מהמטופלים בבלון.

על פי הניסיון שהצטבר בעולם ידוע שכשליש מהמטופלים בבלון עשויה היצרות לחזור במהלך החדשים שלאחר ההרחבה. במידה וברצונך בהבהרות ובהסברים נוספים, אנא בקש זאת מרפואי היחידה לטיפול נמרץ. נבקשך לאשר בחתימתך שאכן קראת דף זה והבינות את הכתוב בו. אין בחתימתך זו משום הסכמה לצנתור או לבלון אלא אישור לכך שקיבלת את ההסבר באשר לצורך בצנתור ובאשר לסיבוכים הנדירים האפשריים.

תחיתת המטופל	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

לאחר שקראת דף הסבר זה וברצונך לעבור אצלנו את בדיקת צנתור הלב, נבקשך לתת הסכמתך בכתב ע"י חתימתך על טופס ההסכמה לצנתור לב הכולל גם פעולת בלון. אם הסכמתך מתייחסת לצנתור בלבד, ללא בלון, נא לציין זאת על הטופס ליד חתימתך.

* במקרה ויוחלט על ניתוח מעקפים דחוף בעקבות פעולת הבלון, יהיה צורך להעבירך לבי"ח אחר לשם ביצוע הניתוח.