

טופס הסכמה : תיקון ניתוחי במחלת פרטס LEGG-CALVE - PERTHES

הטיפול הניתוחי במחלת PERTHES מתבצע לצורך הקטנת הפגיעה ו/או מניעת פגיעה נוספת במפרק הירך הנגרמת על ידי המחלה. קיימות שיטות שונות לביצוע הניתוח. השיטה תבחר על פי שיקולים רפואיים. במקרים מסוימים יידרש יותר מניתוח אחד כדי להשיג את התוצאה הרצויה. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית. שם החולה:

| 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 | שם פרטי |

על הצורך בניתוח

ברגל ימין / שמאל / שתייהן* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי שלא בכל מקרה תושג התוצאה המקווה ויתכן צורך בטיפולים נוספים לרבות התערבות ניתוחית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה. במקרים מסוימים יגרם קיצור של העצם וחולשת שרירים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים, לרבות: זיהום שיצריך טיפול עד כדי ניתוח; חיבור לקוי של העצם שעלול להצריך התערבות ניתוחית. לעיתים נדירות, בעת הניתוח, תתכן פגיעה בכלי דם ו/או בעצב שתגרום להפרעה תפקודית. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר כי יש 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 בודאות 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח 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 חולה/ 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 | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון |
|------------|---------------|-----------|
|------------|---------------|-----------|

* מחקי את המיותר

