



**טופס הסכמה : תיקון תוך נהורי (אנדווסקולרי) של מפרצת הוותין
באמצעות תומך**
**ENDOVASCULAR REPAIR OF AORTIC ANEURYSM BY
STENT**

תיקון תוך נהורי של התרחבות (מפרצת) בוותין (אבי העורקים) מתבצע בשיטה חדשה יחסית באמצעות החדרת תומך לחלל העורק המורחב תחת הדמייה, והידוק קצותיו לחלקי העורק הבריא. במהלך הפעולה נחשפים העורקים במפשעות ודרכם מוחדרים חלקי התומך. לפי הנתונים שהתקבלו בפעולות הדמייה קודמות (צנתור, CT או MRI), מחליטים אם יש צורך לחסום כלי דם העלולים להזין את חלל המפרצת. החסימה מתבצעת ע"י תסחוף (Embolization) של כלי הדם. ייתכן שבמהלך הפעולה תבוצע הרחבת עורקים ע"י בלוץ על מנת לאפשר גישה להחדרת התומך הראשי. הפעולה מתבצעת, לפי הצורך בהרדמה מקומית עם חומרי הרגעה או בהרדמה כללית. המהלך המיידית לאחר הפעולה כולל, בדרך כלל, טיפול אינטנסיבי במחלקה מיוחדת (טיפול נמרץ או התאוששות).

שם המטופל: _____

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 תיקון תוך-נהורי של מפרצת בוותין** _____ באמצעות תומך. (רשום אזור)

פרט פעולות נוספות המתוכננות _____ (להלן : הטיפול העיקרי).

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

כמו כן, ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לפיה ב 10% - מהמקרים הפעולה לא מצליחה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות : כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכויים האפשריים של הניתוח, לרבות : זיהום, מנח לקוי של התומך, דימום, קרע או חסימה של עורקים העלולים להצריך ניתוח.

כמו כן הוסבר לי שבניתוח יתכנו סיבוכים 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 הסיבוכים הרציניים והתמותה מהם נע

בסביבות 5% .

הוסבר לי שקיימת אפשרות שבמהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לעבור לניתוח בגישה פתוחה לצורך תיקון המפרצת.

הוסבר לי שלטיפול העיקרי עלולים להיות סיבוכים מאוחרים, כמו המשך גדילת המפרצת עקב דלף פנימי שיחייב טיפול נוסף תחת הדמייה או ניתוח.



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 יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות 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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול 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 המטופל
שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

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.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------