

# טופס הסכמה: ניתוח להארכת גף

## LIMB LENGTHENING PROCEDURE

ניתוח להארכת גף מתבצע בשיטות שונות וכולל חיתוך העצם, שחרור גידים ושרירים והרכבת מערכת מתיחה שלדית מתמדת חיצונית או פנימית. תהליך המתיחה באמצעות המערכת מתבצע, בדרך כלל בבית, במשך מספר חודשים. התהליך ממושך, מתנהל בקצב איטי ודורש התמדה. ברוב המקרים, אפשרי והכרחי לדרוך על הרגליים לאחר הניתוח תוך שימוש באמצעי עזר. הרחקת מערכת המתיחה מתבצעת לאחר השגת התוצאה הרצויה והתחזקות העצם. לעיתים לאחר הרחקת המערכת מקובעת/ות הגף/ים בגבס למשך מספר שבועות. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת. ז. ת. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח להארכת גף ימין / שמאל / שתייהן\*

בשיתוף \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסבר לי שבמקרים מסוימים ידרשו טיפולים וניתוחים נוספים להשגת המטרה הרצויה. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות וכן תופעות הכרוכות בתהליך המתיחה לרבות כאב ואי נוחות מרובים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום באזור הניתוח ובאזור מערכת המתיחה שיצריכו טיפול עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית. במקרים נדירים, בעת הניתוח, תתכן פגיעה בכלי דם ו/או בעצבים שתגרום להפרעה תפקודית. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 העיקרי 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 האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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.

