המרכז הרפואי
הלל יפה
מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט
הטכניון, חיפה

טופס הסכמה: השתלת קוצב לב

Pacemaker Implantation

השתלת קוצב לב מיועדת להגן על החולה מפני ירידה בקצב הלב שעלולה לסכן אותו בהתעלפות ואף בדום לב. ההשתלה כוללת החדרת אלקטרודות דרך ורידים אל תוך הלב, מיקומן בתוך הלב תחת שיקוף רנטגן, חיבור של קוצב לב ומיקומו מתחת לעור.
הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית עם או בלי מתן חומרי הרגעה.

שם החולה: _____ _____ _____ _____
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 **בהשתלת קוצב לב** (להלן: "הטיפול העיקרי").
הוסבר לי שברוב המקרים לאחר השתלת קוצב הלב, תמנענה התופעות של ירידה בקצב הלב.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות באזור השתלת הקוצב, שעלול להפריע להפעלת היד בצד ההשתלה.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות:

- שטף דם באזור ההשתלה המצריך לעתים פתיחה וניקוז.
- נזק לקרום הריאה ואפשרות של ניקוב הריאה על ידי מחט, מה שמחייב לעתים הכנסת נקז לחלל בית החזה.
- התנקבות דופן הלב שעלולה, לעתים נדירות, לגרום לדליפת דם משמעותית שתצריך ניקוז של חלל קרום הלב על ידי דיקור במחט ולעתים אף ניתוח דחוף.
- תזוזת אחת האלקטרודות ממקומה שתצריך ניתוח חוזר על מנת למקמה מחדש.
- זיהום באזור הניתוח שעלול לחייב הוצאת המערכת ולעתים גם טיפול אנטיביוטי ממושך.
- התפתחות הפרעות קצב חמורות במהלך הניתוח שעלולות להצריך שימוש בתרופות או בהלם חשמלי על מנת להפסיקן.

שכיחות כל אחד מהסיבוכים שהוזכרו נמוכה יחסית. במקרים נדירים עלולים סיבוכים אלה לגרום למוות.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת 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 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 הטיפול העיקרי.
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית, לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה והפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה המקומית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
אני יודע/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 החולה

_____ _____
שם האפוטרופוס | 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

* מחק/י את המיותר

ט' יולי 2000/OCARD/0000/3780/0187