

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

# טופס הסכמה: ניתוח לתפירת גיד/ים/ביד/ים REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS

הניתוח מתבצע במטרה להחזיר לאצבע את יכולת היישור/כיפוף שנפגעו כתוצאה מחיתוך גיד/ים. בנייתוח נתפרים הגידים החתוכים ונתפרים קצה לקצה.

אם יתברר בעת הניתוח שלא ניתן לבצע את תפירת הגידים כאמור, ישתמש המנתח, במידת האפשר, בטכניקה של תפירה חלופית כדי להחזיר לאצבע/ות את יכולת התנועה. בתום הניתוח תקובע היד בגבס למשך 4-6 שבועות. תפרי החתך הניתוחי יוסרו לאחר כ- 10 ימים. במהלך תקופה זו ולאחריה יהיה צורך בטיפול פיזיקלי, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק למשך מספר חודשים.

הניתוח מתבצע בהרדמה אזורית או כללית, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בורע.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

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

שם פרטי שם משפחה

על ניתוח לתפירת גיד/גידים\*, מכופף/מכופפים\* מיישר/מיישרים\*, יד מיין/שמאל\*, אצבע 1/2/3/4/5\* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות שלא ניתן יהיה לתפור את הגידים כמתוכנן והצורך לבחור בטכניקה חלופית. כמו כן הוסבר לי שבחלק ניכר של המקרים לא יתקבל טווח תנועה מלא של האצבעות כפי שהיה לפני הפגיעה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ונפיחות של היד שיצריכו טיפול. הוסברו לי התופעות הצפויות לאחר הורדת הגבס לרבות קשיון ביד ובאצבעות שנותחו, שיצריך טיפול פיזיקלי למשך מספר חודשים, ולעיתים ניתוח חוזר לשחרור הידבקויות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום וקרע חוזר של הגידים שנתפרו. תיקון הקרע יצריך ניתוח תפירה חוזרת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מביין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח 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/גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה ונזק עצבי ו/או וסקולרי.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכן שהניתוח 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.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/העל הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הביין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\*מחקי את המיותר