

## טופס הסכמה: ניתוח לייצוב הכתף

### REPAIR OF RECURRENT DISLOCATION OF SHOULDER

ניתוח לייצוב הכתף מבוצע במקרים של נקיעות או תת נקיעות חוזרות של מפרק הכתף. הניתוח מכוון להשיג יציבות של המפרק תוך כוונה לשמור על טווח תנועה מקסימלי. קיימת אפשרות לביצוע הניתוח ב"שיטה פתוחה" או באמצעות ארטרוסקופ ב"שיטה סגורה". בחירת השיטה נעשית בהתאם לשיקול דעת רפואי.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

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 ניתוח לייצוב הכתף בצד ימין / שמאל\* בשיטה סגורה / פתוחה\* (להלן: הניתוח העיקרי).

הוסבר לי שלאחר הניתוח אהיה בקיבוע שיימשך בין 3 ל- 8 שבועות לפי החלטת המנתח ובהתאם לשיטת הניתוח, ובתקופה זו לא אוכל לתפקד עם היד המנותחת. כן ידוע לי שלאחר הניתוח אודקק לטיפול פיזיותרפי שיקומי. הוסבר לי כי לאחר הניתוח יהיה עליי להימנע מפעילות ספורטיבית במשך חצי שנה, ומכל פעילות מאומצת של הכתף במשך חצי שנה.

הוסבר לי שבכל מקרה צפויה לאחר הניתוח הגבלה יחסית בטווח תנועת הכתף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

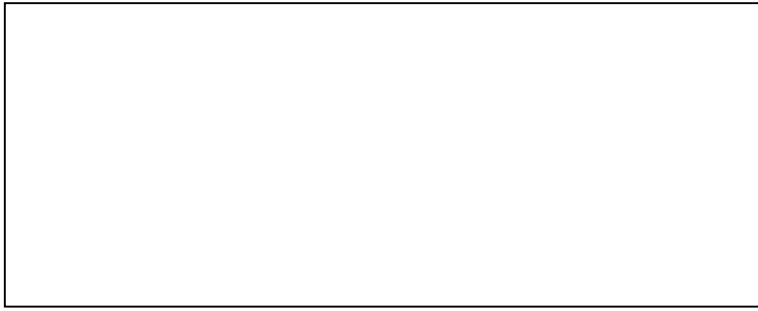
הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום שלעיתים יצריך ניתוח נוסף לטיפול בזיהום: פגיעה עצבית שעלולה לפגוע בתפקוד הכתף והיד: פריקות חוזרות במפרק המנותח. סיבוכים אלו אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך לשנות את מהלכו בהתאם לממצא התוך ניתוחי ו/או לעבור מ"שיטה סגורה" ל"שיטה הפתוחה".

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 שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

---

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

---

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
------------------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס 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
--------------------	---------------	------------

---