

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרק הירך או הברך TOTAL HIP / KNEE REPLACEMENT

החלפה של מפרק הירך או הברך במישתל מלאכותי נעשית במקרים של פגיעה קשה במרכיבי המפרק מסיבות שונות. במהלך הניתוח מוחלפים משטחי המפרק במישתל העשוי מחומרים פלסטיים, קרמיים ומתכות. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או בהרדמה אזורית.

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 אופי מחלתי ועל הצורך בביצוע ניתוח להחלפת מפרק הברך / הירך* מצד ימין / שמאל*
סוג המישתל _____ (להלן: הניתוח העיקרי).

ידוע לי כי אורך החיים של מפרק מלאכותי הוא מוגבל וכי עלול להתעורר צורך בניתוחים חוזרים בעתיד. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר ניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה.

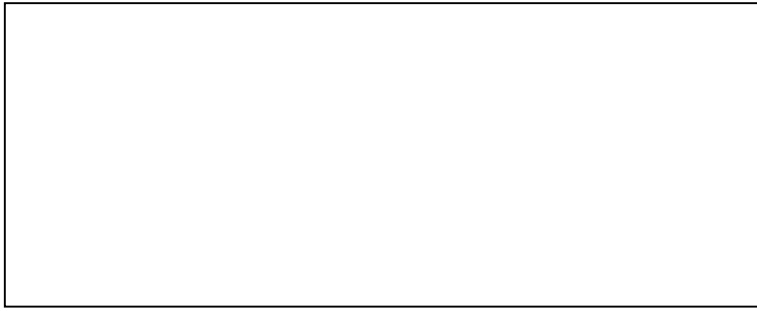
כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, שלעיתים יצריך הוצאת המישתל בניתוח, השארת המפרק ללא מישתל לפרקי זמן שונים והתערבות ניתוחית נוספת: התרופות של המישתל אשר תחייב ניתוח נוסף: צליעה, שמקורה הבדל באורך הגפיים, ו/או פגיעה עצבית בשרירי הגפיים, ו/או הפרעה בתפקוד השרירים: וכן סיבוכים טרומבואמבוליים. בניתוחים להחלפת מפרק הירך אפשרית גם פריקה, אשר תחייב ניתוחים נוספים או שכיבה ממושכת. סבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי על המישתל בו אמורים להשתמש בניתוח אך אני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יהיה צורך לשנות את סוג המישתל ו/או את היקף הניתוח לנוכח קשיים שיתעוררו בקיבוע התותב לעצם או שמקורם באיכות העצם. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי 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 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 יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית.

הסבר 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