



מערך הלב
הלל יפה

טופס הסכמה: צינתור לב CARDIAC CATHETERIZATION וסדציה

צינתור לב מתבצע לצורך הדגמה ו/או טיפול בכלי הדם של הלב ו/או בלב עצמו. הפעולה מתבצעת לרוב בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתרים דרך עורק פריפרי עד לאזור הלב ו/או לעורקים הכליליים המזינים את הלב, תחת שיקוף וצילומי רנטגן. באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים. במקרים בהם במהלך צינתור אבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מיידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האבחוני. בצינתור טיפולי מבצעים פעולת תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אביזרים ייחודיים, כולל תומכן (STENT). ההחלטה על שימוש בציוד רפואי נעשית לפי שיקול דעת רפואי של הרופא המצנתר, ובהתאם להנחיות.

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 הצורך בביצוע צינתור לב איבחוני ו/או טיפולי לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים בעזרת בלון ו/או סטנט ו/או אביזרים אחרים*. פרט טיפול אחר:			

(להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות באזור החדרת הצנתר ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתפקוד הכליות והחמרה במחלת הלב, וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות. הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. ידוע לי כי עליי להודיע לרופא אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוז, קודם לביצוע הבדיקה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו, יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי כולל, פעולה צינתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותו שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, וכל סוג של **סדציה ("טשטוש")**, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, ותופעות לוואי אחרות כגון דיכוי נשימה, ירידה בלחץ דם או שינוי בקצב הלב. אם יהיה צורך לביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

ממצאים ייחודיים לחולה:

הלל יפה הינו בית חולים אוניברסיטאי ועל כן מתקיימת בו הוראת סטודנטים במקצועות הבריאות השונים. במהלך הטיפול בכך יהיו מעורבים סטודנטים, הפועלים תחת פיקוח תוך שמירה קפדנית על פרטיותך ועל כבודך. הכשרת צוות רפואי וסיעודי היא התרומה שלנו לדורות הבאים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים.

X

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

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל) **חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)**
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוסטרופוס 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 מס' רישיון חתימת הרופא/ה תאריך ושעה