

## טופס הסכמה: ביצוע ארתרוסקופיה של הברך

### ARTHROSCOPY OF THE KNEE

ארתרוסקופיה של הברך מתבצע במטרה לאבחן ו/או לטפל כירורגית בפגיעות או בנזקים על רקע חבלות, מחלות או תהליכים ניווניים. כמו כן, מאפשרת הבדיקה נטילת חומר לבדיקות מעבדה שונות. דרך חתכים קטנים מיוחדים לברך מכשירי ראייה (אופטיקה) ומכשירי עבודה ידניים או ממוכנים. מספר החתכים ומיקומם נקבע לפי צרכי הניתוח ושיקולו של הרופא האחראי תוך כדי ביצוע הפעולה. הפעולה מתבצעת בדרך כלל בהרדמה אזורית או בהרדמה כללית, ולעיתים רחוקות בהרדמה מקומית.

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
_____	_____

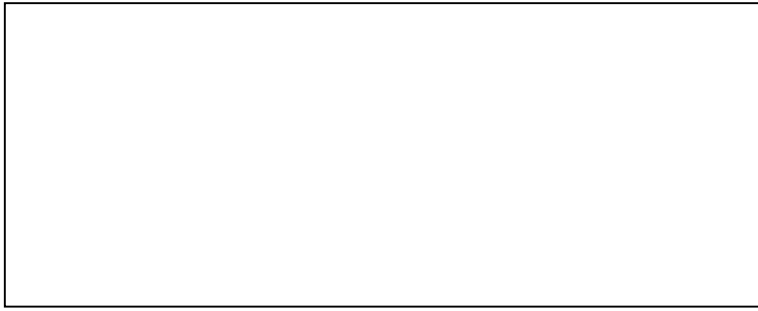
על הצורך לבצע ארתרוסקופיה אבחנתית ו/או טיפולית בברך ימין/שמאל\* פרט \_\_\_\_\_  
(להלן: הניתוח העיקרי).

הוסברו לי הטיפולים החלופיים וסיכויי ההצלחה של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות של הישנות הנזק המקורי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, נפיחות, הגבלה בתנועה ואי נוחות שיימשכו מספר שבועות ויחייבו מנוחה וטיפול נגד כאבים. כמו כן ברוב המקרים נדרש טיפול פיזיותרפי אחרי הניתוח.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום, פגיעה בכלי דם, פגיעה עצבית, מוטורית ו/או תחושתית, פגיעה בתחושת עור השוק החיצוני, דיסטרופיה סימפטטית (RSD), קרישי דם בוורידים העמוקים (DVT), נזק מחוסם העורקים וסיבוכים מכאניים, כדוגמת שברים, קרעים ברצועות או נזק מכלי הניתוח. סיבוכים אלה נדירים מאוד. הוסברה לי האפשרות, כי ייתכן צורך בפרוצדורות נוספות לתקן סיבוכים אלה ולא מן הנמנע כי יישאר נזק קבוע שאיננו ניתן לתיקון. לאחר ניתוחים לתיקון או לשחזור קרע/ים (כמו תפירת הסהרון – מיניסקוס), תפירה או שחזור של הרצועות הצולבות) עלולים להיווצר קרע/ים חוזר/ים שיצריכו תיקון ניתוחי חוזר. הוסבר לי כי הסיבוכים ואפשרות כישלון הניתוח גבוהים יותר וכן המהלך השיקומי ותהליך ההחלמה ממושכים יותר, ככל שהפעולה הכירורגית מורכבת יותר. הוסבר לי כי ייתכן צורך להרחיב את היקף הניתוח ולבצע ארתרוטומיה (פתיחת הברך בחתך גדול יותר), לצורך טיפול שאינו ניתן לתיקון בארתרוסקופיה ו/או לטיפול בסיבוכים שהוזכרו. ברור לי כי הרחבת הניתוח ופרוצדורות אחרות אינן ניתנות לצפייה מראש.

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, 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, 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.



הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח 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 במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה \*

שם הרופא/ה

---

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
--------------------	---------------	------------

---