



טופס הסכמה : ניתוח להארכת גף

LIMB LENGTHENING PROCEDURE

ניתוח להארכת גף מתבצע בשיטות שונות וכולל חיתוך העצם, שחרור גידים ושרירים והרכבת מערכת מתיחה שלדית מתמדת חיצונית או פנימית. תהליך המתיחה באמצעות המערכת מתבצע, בדרך כלל בבית, במשך מספר חודשים. התהליך ממושך, מתנהל בקצב איטי ודורש התמדה. ברוב המקרים, אפשרי והכרחי לדרוך על הרגלים לאחר הניתוח תוך שימוש באמצעי עזר. הרחקת מערכת המתיחה מתבצעת לאחר השגת התוצאה הרצויה והתחזקות העצם. לעיתים לאחר הרחקת המערכת מקובעות/ות הגף/ים בגבס למשך מספר שבועות. 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		

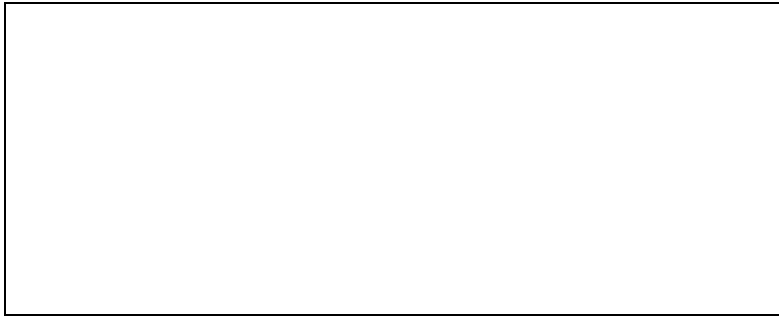
על ניתוח להארכת גף ימין / שמאל / שתיהן*

בשית (להלן : הניתוח העיקרי).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי החלופות הניתוחיות, היתרונות החסרונות של כל אחת מהן. הוסבר לי שבמקרים מסוימים ידרשו טיפולים וניתוחים נוספים להשגת המטרה הרצויה. הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות וכן התופעות הכרוכות בתהליך המתיחה לרבות כאב ואי נוחות מרובים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום באזור הניתוח ובאזור מערכת המתיחה שיצריכו טיפול עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית. במקרים נדירים, בעת הניתוח, תיתכן פגיעה בכלי דם ו/או בעצבים שתגרום להפרעה תפקודית. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר כי יש 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 שלדעתי רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדמים. אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
<hr/>		
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
<p>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.</p>		
שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה