

טופס הסכמה: תיקון חסימה עורקית בגפיים התחתונות
LOWER EXTREMITIES ENDARTRECTOMY / ARTERIAL BYPASS

מטרת הניתוח היא חידוש אספקת הדם העורקי לגף עקב היצרות או חסימה של העורק הגורמת לכאבים בהליכה, כאבים במנוחה והופעת כיבים ועד לנמק, תופעות שיכולות להופיע באופן הדרגתי או פתאומי. התיקון יכול להיעשות בשתי דרכים:

1. יצירת מעקף של האזור החסום ו/או המוצר באמצעות שתל ורידי או מלאכותי שקצותיו מחוברים לעורק מעל ומתחת לאזור החסימה.
2. שליפת ה"פקק" החוסם וניקוי המקטע המוצר.

במהלך הניתוח ייתכן ויהיה צורך בצינתור/ים של כלי דם עורקיים תוך שימוש בחומר ניגוד. השימוש בחומר הניגוד עלול לפגוע בתפקודי כליה באופן זמני או קבוע. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או אזורית.

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

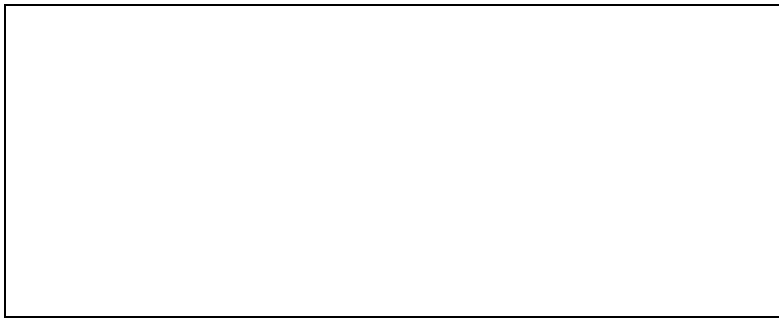
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על ניתוח מסוג _____ לתיקון חסימה עורקית בגפיים
(פרט סוג הניתוח)

התחתונות _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").
(אזור החסימה)

הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות ואפשרות של הופעת שטפי דם תת עוריים ובצקת של הגף שעלולים להיות ממושטים. הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים, לרבות, דימום, ו/או זיהום שיביאו לצורך בהוצאת השתל. קיימת אפשרות של היווצרות קרישים בתוך כלי הדם שיצריכו ניתוח נוסף להוצאתם. קיימת אפשרות שהשתל, או האזור שנוקח, ייסתם במהלך הניתוח או מיד לאחריו ויהיה צורך בניית חוזר כדי לחדש את זרימת הדם. תיתכן פגיעה בעצבי הגף המתבטאת בתחושה ירודה ו/או רגישות יתר ו/או כאבים. לעיתים רחוקות תישאר פגיעה קבועה ויידרש טיפול נוסף. דימום, זיהום וחסימת השתל מיד לאחר הניתוח, עלולים להביא לנמק של הגף עד כדי צורך בקטיעתו. תפקוד השתל והישרדותו קשורים גם בסוג השתל ובאזור הגף בו בוצע המעקף, וכן במחלה הבסיסית שגרמה להיצרות/חסימה. מעקף באמצעות שתל סינטטי, המבוצע מתחת לברך כרוך בסיכון גבוה יותר לקטיעת הגף. הניתוח עלול לגרום לסיבוכים רב מערכתיים הכוללים גם סיבוכים לבביים ונשימתיים שעלולים לגרום למוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו

באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה _____
שם הרופא/ה

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 (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------