

טופס הסכמה: ניתוח וורידים דליתיים בגפיים התחתונות **OPERATION FOR VARICOSE VEINS OF THE LEGS**

וורידים מורחבים (דליות) בגפיים התחתונות מהווים ביטוי לפגיעה במערכת הוורידית השטחית על רקע אי ספיקה של מסתמי הוורידים ו/או ליקוי בדפנות הוורידים. התרחבות המערכת הוורידית השטחית ברגליים עלולה לגרום לפגיעה אסתטית, תחושת כובד, בצקות ברגלים, דלקות וורידים, שינויי צבע בעור הרגל וכיבים כרוניים. בניתוח נכרת הווריד הראשי של המערכת השטחית לכל אורכו ו/או קטעי ווריד מורחבים לאורך הגף, במטרה להפחית את הסימנים והסימפטומים הנובעים מהתרחבות המערכת הוורידית. קיימת אפשרות שהכריתה לא תכלול את הווריד הראשי של המערכת השטחית. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, אזורת או מקומית.

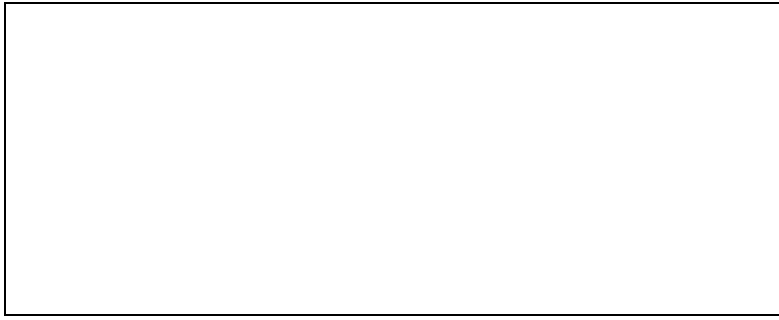
שם המטופל:

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 ניתוח וורידים דליתיים _____ ברגל ימין/שמאל*/שתי הרגליים*)
(פרט סוג הניתוח)

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי לא תמיד ניתן להסיר את כל הדליות ולא כל הדליות המורחבות ייעלמו בעקבות הניתוח, וכי קיימת סבירות גבוהה יחסית להופעת דליות חדשות ונוספות במשך הזמן. הוסבר לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות וצבען תלויים בתכונות העור וביכולת הריפוי שלו: יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות של רפוי יתר ו/או צלקות קלואידיות (בולטות מעל העור). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, שטפי דם תת עוריים שיכולים להיות מפושטים. לעיתים מופיעה רשת וורידית עדינה באזור כריתת הדליות. כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום ודימום, פגיעה עצבית, המתבטאת בהפחתה בתחושה ו/או ברגישות יתר, ו/או בכאבים. שכיחות הפגיעה בתחושה עולה ככל שקטע הווריד הראשי שנכרת ארוך יותר. לעיתים רחוקות, הפגיעה העצבית תישאר קבועה ויידרש טיפול בהתאם. כמו כן קיימת אפשרות היווצרות של בצקת לימפתית באזור הקרסול, שלעיתים נדירות עלולה להישאר קבועה. בנוסף, קיימת אפשרות נדירה של פגיעה בורידים ו/או עורקים גדולים באזור הירך העליונה שתדרוש תיקון מיידי. לעיתים נדירות עלולה להופיע דלקת של כלי הדם הוורידיים העמוקים שתדרוש טיפול בהתאם. 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 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 רפאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. הובהר לי שבדרך כלל הניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או אזורת והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



אני יודעת/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 שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול יהיה:

שם הרופא/ה (חותמת)	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
--------------------	---------------	------------
