



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

מדבקת פרטי מטופל

הסכמה לניתוח: תיקון כף רגל קלובה

CORRECTION OF CLUB FOOT

ניתוח של כף רגל קלובה נעשה במטרה לשפר את העמדה והצורה של כף הרגל על מנת לאפשר את תפקודה התקיין. הניתוח מהווה שלב בתיקון ולאחריו יש צורך בהמשך טיפול על ידי קיבוע היצוני ובפעולות נוספות לצורך שיפור ושימור של העמדה התפקודית.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

	שם האב ת"ז	שם פרטי	שם משפחה
שם פרטי	שם משפחה	אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר	

על ניתוח לתיקון כף רגל קלובה ימין/שמאל * (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם לא תושג התוצאה הרצויה, או שיושג תיקון חלקי, או שהעיוות ישנה, ויהיה צורך בטיפולים נוספים לרבות ניתוח חוזר.

הוסבר לי כי בכל מקרה לא תהא הרגל המנותחת זהה לרגל נורמלית. כמו כן הוסבר לי שתהליך השיקום והריפוי כרוך בהגבלות בתנועה ו/או שימוש במכשירי עזר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, והגבלה בתנועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; היפרדות שולי הפצע; פגיעה בכלי דם, בעצבים או בעצמות כף הרגל, שעלולה לגרום לנזק עד כדי צורך בתיקון ניתוחי ובמקרים נדירים כריתת כף הרגל. 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 וטיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/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 החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

* מחקי את המיותר

מחלקה אורטופדית

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

