



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

טופס הסכמה : ניתוח לתפירת גידים/ בידים

REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS

הניתוח מתבצע במטרה להחזיר לאצבע את יכולת היישור/כיפוף שנפגעו כתוצאה מחיתוך גידים. בנייתו נתפרים הגידים החתוכים ונתפרים קצה לקצה. אם יתברר בעת הניתוח שלא ניתן לבצע את תפירת הגידים כאמור, ישתמש המנתח, במידת האפשר, בטכניקה של תפירה חלופית כדי להחזיר לאצבע/ות את יכולת התנועה. בתום הניתוח תקובע היד בגבס למשך 4 – 6 שבועות. תפרי החתך הניתוחי יוסרו לאחר כ- 10 ימים. במהלך תקופה זו ולאחריה יהיה צורך בטיפול פיזיקלי, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק למשך מספר חודשים. הניתוח מתבצע בהרדמה אזורית או כללית, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

על ניתוח לתפירת גיד/גידים*, מכופף/מכופפים* מיישר/מיישרים*, יד ימין/שמאל*, אצבע 1/2/3/4/5* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות שלא ניתן יהיה לתפור את הגידים כמתוכנן והצורך לבחור בטכניקה חלופית. כמו כן הוסבר לי שבחלק ניכר של המקרים לא יתקבל טווח תנועה מלא של האצבעות כפי שהיה לפני הפגיעה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ונפיחות של היד שיצריכו טיפול. הוסברו לי התופעות הצפויות לאחר הורדת הגבס לרבות קשיין ביד ובאצבעות שנותחו, שיצריך טיפול פיזיקלי למשך מספר חודשים, ולעיתים ניתוח חוזר לשחרור הידבקויות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום וקרע חוזר של הגידים שנתפרו. תיקון הקרע יצריך ניתוח לתפירה חוזרת.

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 בודאות 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה ונזק עצבי ו/או וסקולרי. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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.

שעה	תאריך
-----	-------

שם האופטורופוס (קירבה)	חתימת האופטורופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)
------------------------	--

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

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

*מחקר/י את המיותר

מחלקה אורטופדית