



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 לתיקון הפרעה התפתחותית של מפרק הירך

CORRECTION OF DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP (DDH)

הניתוח לתיקון נקיעה מולדת של מפרק הירך מתבצע במקרים בהם לא ניתן היה לשחזר את המפרק בדרך אחרת. הניתוח מתבצע כדי למנוע את קיצור הגף, הגבלה בתנועה, כאבים ושינויים ניווניים מוקדמים. לאחר הניתוח יש צורך בקיבוע הפרק למשך מספר שבועות. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה: _____

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

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

על ניתוח לתיקון מפרק הירך ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם לא תושג התוצאה הרצויה, או שיושג תיקון חלקי עד כי צורך בביצוע ניתוחים נוספים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; פגיעה באספקת הדם לראש הירך, שעלולה לגרום להפרעה בהתפתחות של עצם ראש הירך וצורך בניתוח מתקן. במקרים נדירים, בעת הניתוח, עלולה להיות פגיעה בכלי דם או בעצב 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 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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהרבר 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
_____	_____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא תתם/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 פדיאטריה

