

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

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 להעשות בשתי דרכים: (1) יצירת מעקף של האזור החסום ו/או המוצר באמצעות שתל ורידי או מלאכותי שקצותיו מחוברות לעורק מעל ומתחת לאזור החסימה. (2) שליפת ה"פקק" החוסם וניקוי המקטע המוצר.
במהלך הניתוח יתכן ויהיה צורך בצינטור / 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 החולה: _____

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

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם פרטי _____ שם משפחה _____
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 הופעה שטפי דם תת עוריים ובצקת של הגף שעלולים להיות ממושכים.

הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים, לרבות: דימום, ו/או זיהום שיביאו לצורך בהוצאת השתל. קיימת אפשרות של הווצרות קרישים בתוך כלי הדם שיצרכו ניתוח נוסף להוצאתם. קיימת אפשרות שהשתל, או האזור שנוקח, יסתם במהלך הניתוח או מיד לאחריו ויהיה צורך בניתוח חוזר כדי לחדש את זרימת הדם. תתכן פגיעה בעצבי הגף המתבטאת בתחושת ירודה ו/או רגישות יתר ו/או כאבים. לעיתים רחוקות תשאר פגיעה קבועה וידרש טיפול נוסף. דימום, זיהום וחסימת השתל מייד 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 לסיכונים רב מערכתיים הכוללים גם סיכונים 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 הוכחה 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 ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול 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, וכי האחראי על הטיפול יהיה _____

שם הרופא/ה _____

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין או חולה נפש) _____
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

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

* מחק את המיותר

