



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

מס' זהות:

שם משפחה:

שם פרטי:

שם האב:

תאריך לידה:

כתובת:

טלפון:

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: תיקון ניתוחי במחלת פרטס LEGG-CALVE - PERTHES

הטיפול הניתוחי במחלת PERTHES מתבצע לצורך הקטנת הפגיעה ו/או מניעת פגיעה נוספת במפרק הירך הנגרמת על ידי המחלה. קיימות שיטות שונות לביצוע הניתוח. השיטה תבחר על פי שיקולים רפואיים. במקרים מסוימים יידרש יותר מניתוח אחד כדי להשיג את התוצאה הרצויה.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

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

על הצורך בניתוח

ברגל ימין / שמאל/ שתייהן* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שלא בכל מקרה תושג התוצאה המקווה ויתכן צורך בטיפולים נוספים לרבות התערבות ניתוחית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן.

הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה. במקרים מסוימים יגרם קיצור של העצם וחולשת שרירים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים, לרבות: זיהום שיצריך טיפול עד כדי ניתוח; חיבור לקוי של העצם שעלול להצריך התערבות ניתוחית. לעיתים נדירות, בעת הניתוח, תתכן פגיעה בכלי דם ו/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 שקיימת 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.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח 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 האפוטרופוס (קירבה)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה חולה/ לאפוטרופוס 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 פדיאטריה

