



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 לייצוב הכתף

### REPAIR OF RECURRENT DISLOCATION OF SHOULDER

ניתוח לייצוב הכתף מבוצע במקרים של נקיעות או תת נקיעות חוזרות של מפרק הכתף. הניתוח מכוון להשיג יציבות של המפרק תוך כוונה לשמור על טווח תנועה מקסימלי. קיימת אפשרות לביצוע הניתוח ב"שיטה פתוחה" או באמצעות ארטרוסקופ ב"שיטה סגורה". בחירת השיטה נעשית בהתאם לשיקול דעת רפואי. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט מרר/ר

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על ניתוח לייצוב הכתף בצד ימין / שמאל\* בשיטה סגורה / פתוחה\* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שלאחר הניתוח אהיה בקיבוע שימשך בין 3 ל-8 שבועות לפי החלטת המנתח ובהתאם לשיטת הניתוח, ובתקופה זו לא אוכל לתפקד עם היד המנותחת. כן ידוע לי שלאחר הניתוח אודקק לטיפול פיזיותרפי שיקומי. הוסבר לי כי לאחר הניתוח יהיה עלי להימנע מפעילות ספורטיבית במשך חצי שנה, ומכל פעילות מאומצת של הכתף במשך שנה.

הוסבר לי שבכל מקרה צפויה לאחר הניתוח הגבלה יחסית בטווח תנועת הכתף. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסברו לי הסיכונים והסבוכים האפשריים לרבות: זיהום שלעיתים יצריך ניתוח נוסף לטיפול בזיהום; פגיעה עצבית שעלולה לפגוע בתפקוד הכתף והיד; פריקות חוזרות במפרק המנותח. סיבוכים אלו אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך לשנות את מהלכו בהתאם לממצא התוך ניתוחי ו/או לעבור מ"השיטה הסגורה" ל"שיטה הפתוחה".

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 הליכים 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 מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהרבר 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.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

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 האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאתר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\*מחקר/י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלבנטי.

מחלקה אורטופדית

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לאורתופדיה

