

## LIVER TRANSPLANTATION טופס הסכמה להשתלת כבד

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר': _____			
שם פרטי	שם משפחה		

על ניתוח להשתלת כבד מתורם חי/נפטר\* (להלן: " הניתוח העיקרי").

השתלת כבד נחשבת כטיפול היעיל היחיד במחלת כבד סופנית. הכבד המושתל, או חלקו (אונת כבד) נלקח מתורם לאחר מוות מוחי או מתורם חי, לאחר שנבדקה התאמה בין הכבד הנתרם לבין מקבל התרומה.

ניתוח השתלת כבד הוא ניתוח מורכב הכרוך בתמותה במהלך הניתוח (כ 0.5%) ובשלושת החדשים לאחריו (כ 10%-15%). הובהר לי כי הצלחת ההשתלה אינה ניתנת לצפייה מראש. הוסבר לי כי צפוי שהכבד המושתל יתחיל לתפקד מיד לאחר הניתוח ועד מספר שבועות לאחר ההשתלה. אי תפקוד מידי של הכבד מתרחש ב - 1%-3 מהמקרים ומחייב השתלה חוזרת דחופה.

הוסבר לי שאורך חיי הכבד המושתל ותפקודו, מושפעים גם מתהליכי דחיה חדה או כרונית ולכן לא ניתן לצפות את אורך חיי שתל הכבד. הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות.

הוסבר לי הסיבוכים האפשריים, לרבות:

**סיבוכים טכניים:**

- \* דמם לאחר ניתוח, המתרחש בכ-10% מהניתוחים ומחייב לעיתים ניתוח נוסף.
- \* חסימת עורק הכבד או הוריד הפורטלי המספקים דם לכבד, סיבוך המתרחש ב 1%-3 מהחולים ומחייב ניתוח נוסף ולעיתים השתלה חוזרת.
- \* דלף מרה ב כ 5% - 10% שקורה בד"כ בימים הראשונים לאחר הניתוח ומחייב ניתוח חוזר או פעולת ניקוז.
- \* היצרות בחיבור צינור המרה (כ 10%) שמופיעה מספר שבועות עד חדשים לאחר ההשתלה ודורשת ביצוע פעולה פולשנית (ERCP, PTC) או ניתוח חוזר.

**סיבוכים הקשורים בכבד הנתרם:**

- \* הפרעה בתפקוד הכבד המושתל, אי תפקוד ראשוני או איחור בתפקוד הכבד.
  - \* לעיתים נדירות ניתן להדבק בזיהום מהכבד המושתל, למרות ביצוע בדיקות מקדימות לזיהוי זיהומים.
  - \* לעיתים נדירות ביותר (>0.1%), הכבד המושתל נגוע בתאים סרטניים, שלא ניתן לאתרם טרם ההשתלה.
- סיבוכים כלליים, לרבות:** דלקת ריאות, זיהום מסכן חיים בחלל הבטן, זיהום בפצע הניתוח, היפרדות פצע הניתוח, אי ספיקת כליות שתצריך לעיתים ביצוע דיאליזה. סיבוכים אלה יחייבו לעיתים ניתוח חוזר ולעיתים נדירות ביותר עלולים לגרום למוות (>0.1%).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

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

אני יודעת/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.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-----------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ה את הסברי במלואם.

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

\*מחקרי את המיותר