

## טופס הסכמה להשתלת Left Ventricular Assist Device

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

Left Ventricular Assist Device – מכשיר תומך לחדר שמאל בלב, הוא למעשה משאבה המוכנסת דרך חוד הלב, שואבת משם דם ומעבירה ישירות לאבי העורקים וכל למעשה עוקפת את חדר שמאל הכושל. ככל חשמלי שמחובר למשאבה יוצא דרך דופן הבטן, מתחבר לבקר שהוא המחשב של המכשיר וזה מחובר לחשמל נייד או ניד.

השתלת מכשיר LVAD נחשב כטיפול מתקדם באי ספיקת לב סופנית לאחר שמוצו כל אפשרויות הטיפול השמרניות כולל טיפול תרופתי ו/או השתלת קוצב. המכשיר מושתל לאחר שבוצעו בדיקות רבות השוללות מחלות מסוימות שמהוות התווית נגד לניתוח זה.

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

על ניתוח להשתלת LVAD (להלן: " הניתוח העיקרי").

ניתוח השתלת LVAD הוא ניתוח מורכב הכרוך בתמותה במהלך הניתוח (כ 5%). הובהר לי כי הצלחת ההשתלה אינה ניתנת לצפייה מראש. הוסבר לי כי צפוי שהמשאבה תתחיל לפעול כבר בחדר ניתוח.

הוסבר לי שאורך חיי הלב המושתל ותפקודו, מושפעים גם מתהליכי דחיה חדה או כרונית ולכן לא ניתן לצפות את אורך חיי שתל הלב וכי במוצע, כ 50% ממושתלי הלב חיים כ 12 שנים.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: סיבוכים טכניים:

\* דמם לאחר ניתוח, המתרחש בכ-10% מהניתוחים ומחייב לעיתים ניתוח נוסף.  
סיבוכים הקשורים לניתוח:

\* אי ספיקת לב ימין מידי או מאוחר, מתרחשת ב - 1%-5 מהמקרים ומחייב חיבור למכשיר התומך מכנית זמנית בחדר הכושל. הפרעות קצב מסכנות חיים, קריש דם בתוך המשאבה, אוטם או דימום מוחי, זיהום סביב כבל הכניסה של המכשיר, דימום במערכת העיכול, כאב, אי נוחות,

\* סיבוכים כלליים, לרבות: דלקת ריאות, זיהום מסכן חיים בחלל החזה, זיהום בפצע הניתוח, היפרדות פצע הניתוח, אי ספיקת כליות שתצריך לעיתים ביצוע דיאליזה. סיבוכים אלה יחייבו לעתים ניתוח חוזר ולעתים נדירות יגרמו למוות (כגון תסחיף ריאתי).

\* אני מתחייב לבצע כל אשר ידרש ממני, הן במהלך האישפוז (התניידות, פזיטרפיה, 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/ 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 האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס 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' רישיון \_\_\_\_\_

\*מחקי את המיותר