

הסכמה לניתוח: תיקון עיוותים בעצמות ארוכות

CORRECTIVE OSTEOTOMY OF LONG BONES

מטרת הניתוח לתקן עיוות בעצם ולהביאה לעמדה תפקודית ככל האפשר. תיקון העיוות מבוצע באמצעות קיבוע פנימי ו/או קיבוע חיצוני. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או אזורית.

שם החולה:

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על ניתוח לתיקון עיוות ביד / רגל * ימין / שמאל * . פרט _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי לא תמיד ניתן להשיג תיקון מלא של העיוות ולעיתים יש צורך בשלב ניתוחי נוסף ו/או בקיבוע חיצוני. הוסבר לי ואני מביין/ה שתהליך השיקום והריפוי כרוך בהגבלות בתנועה ו/או בשימוש במכשירי עזר. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; הגבלה בתנועת מפרקים סמוכים; חיבור מאוחר או חוסר חיבור של העצם באזור התיקון, שיצריך קיבוע ממושך בגבס ו/או ניתוחים נוספים; קיצור של הגף המתוקנת; פגיעה בלוחית הגדילה שעלולה לגרום לעיוות ו/או לקיצור הגף בשלב מאוחר; פגיעה בכלי דם או בעצב שעלולה לגרום לנזק ולהצריך תיקון ניתוחי עד כדי קטיעת הגף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מביין/ה כי קיימת 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.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

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

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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 האפטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

מס' רשיון _____

חתימת הרופא/ה _____

שם הרופא/ה _____

* מחקי את המיותר