

## טופס הסכמה: צינתור כלי-דם ANGIOGRAPHY

צינתור כלי-דם מתבצע לצורך איבחון הצרות, חסימה, מלפורמצייה או מפרצת (אנויריזמה) בכלי הדם. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתר או מחט, בדרך כלל באזור המפשעה או באזור המותן, בית השחי או באזור אחר, בהתאם לצרכי הבדיקה. דרך הצנתר מוזרק חומר ניגוד והדגמת כלי הדם נעשית באמצעות צילום רנטגן. בצינתור טיפולי מבוצע טיפול בכלי הדם על ידי בלוץ, בלי או עם הכנסת אביזר או תומך (STENT) או טיפול על ידי הזלפת חומר ממיס קרישים. במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מייד, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני. על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוד, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה: \_\_\_\_\_

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

שם משפחה שם פרטי

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע צינתור כלי-דם איבחוני ו/או טיפולי לרבות טיפול על ידי בלוץ ו/או תומך ו/או טיפול באמצעות חומר ממיס קרישים\*.

פרט טיפול אחר: \_\_\_\_\_

(להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול לרבות כאב ואי נוחות כתוצאה מההרדמה המקומית והחדרת הצינורית ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד. כמו כן הוסבר לי הסיכונים האפשריים של הצנתור לרבות דימום באזור הדיקור, סתימה של העורק במקום הצנתור או באזור מרוחק יותר, שטף דם תת עורי, מפרצת מדומה וזיהום. במקרים נדירים עלול להיגרם נזק לאיבר או לגפה המצוננרים עד אובדן הגף וארוע מוחי. הוסבר לי גם הסיכונים האפשריים של הזרקת חומר הניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות ובמקרים נדירים ביותר פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיכונים אלו להסתיים אף במוות.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט 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) - ובאיידס (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, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית 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 במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית במידת הצורך ובהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים 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 / 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 חתימה מס' רשיון \_\_\_\_\_

\*מחק את המיותר