

שם המוסד הרפואי / לוגו

שם המטופל

שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:
שם האב:

מדבקת המטופל

גרסה 12/24

טופס הסכמה ל

Kidney transplantation / ניתוח השתלת כליה

ידוע לי כי אני סובלת/מאי ספיקת כליות ואני זקוקה/לטיפול בדיאליזה או להשתלת כליה. השתלת כליה היא הטיפול המועדף באי ספיקת כליות וברב המקרים השתלת כליה מוצלחת משפרת את איכות החיים ואת תוחלת החיים הצפויה יחסית לטיפול דיאליזה.

בניתוח השתלת כליה מתורם ח/נפטר בצד ימין/שמאל מחוברים כלי הדם (עורק ווריד) של הכליה של התורם לכלי הדם (עורק ווריד) שלי. בנוסף השופכן (צינור השתן) של הכליה מחובר לשלפוחית השתן שלי.

במהלך הניתוח:

- יוכנס בין אגן הכליה לשלפוחית השתן תומכן שופכני (אשר מוצא מספר ימים-שבועות לאחר הניתוח דרך השופכן).
- יוכנס קטטר שתן אשר יוצא ברב המקרים כמה ימים לאחר הניתוח אך בחלק קטן מהמטופלים יהיה קושי בגמילה מהקטטר ויהיה צורך להשאירו זמן ארוך יותר.
- יוכנס נקז לניקוז הפרשות מאזור הניתוח ויוצא ברב המקרים כמה ימים לאחר הניתוח.

הובהר לי כי הצלחת ניתוח ההשתלה אינה ניתנת לצפייה מראש, אולם במרבית המקרים המטופלים עוברים את ההשתלה בהצלחה. הוסבר לי כי הכליה המושתלת יכולה להתחיל לתפקד מיידית ועד מספר שבועות לאחר ההשתלה. בתקופה שעד לתחילת תפקוד הכליה יהיה צורך בביצוע טיפולי דיאליזה.

הוסבר לי שאורך חיי הכליה המושתלת ותפקודה, מושפעים גם מתהליכי דחיה חדה או כרונית ולכן שלא ניתן לצפות את אורך חיי הכליה.

בבדיקת תוצאות השתלת הכליה בשנה הראשונה לאחר ההשתלה 96% מהכליות תפקדו (בהשתלה תורם חי 97% ומתורם נפטר 90%) ו-2.5% מהמושתלים נפטרו בשנה הראשונה לאחר ההשתלה. בממוצע כליה מתורם נפטר שורדת 10-15 שנה ומתורם חי 15-20 שנה. הוסבר לי שההישרדות של כל כליה באופן אישי מושפעת מגורמים רבים ולא ניתנת לחיזוי באופן מדויק.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניתוח השתלת הכליה (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת. כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות טיפולי דיאליזה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות: כאב ואי נוחות.

וכן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות:

- סיבוכים הקשורים לחיבור כלי הדם בין הכליה המושתלת לבין כלי הדם של המושתל, לרבות: דימום שמקורו בהשקת כלי דם וורידיים ועורקיים, חסימה כתוצאה מקריש דם בעורק או ווריד, שיצריך ניתוח מידי כדי להציל את הכליה המושתלת; פגיעה נדירה בכלי הדם של הרגל וצורך בניתוח לתיקונם. וסיבוכי מאוחר של היצרות בכלי הדם.
- סיבוכים הקשורים בכליה, בשופכן ובשלפוחית השתן, לרבות: דליפת שתן מאזור השתלת השופכן או מאזור פתיחת כיס השתן, שעלול להופיע בשלב מאוחר יותר ועלול להצריך ניתוח לתיקון. היצרות במקום השקת השופכן לשלפוחית, שעלולה להצריך טיפול ממושך ועד לצורך בניתוח לתיקון ההיצרות.

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

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

- הוסברה לי האפשרות של הצטברות נוזל לימפתי סביב הכליה המושתלת שלרוב נספג מעצמו, אך לעיתים מצריך ניקוז ממושך.
- סיבוכים כלליים, לרבות: זיהום בדרכי השתן, זיהום ודימום מפצע הניתוח, בקע בצלקת הניתוח, נזק לאיברי הבטן, קרישי דם מלווים בדלקת בגפיים התחתונות שעלולים להשתחרר ללב, לריאות ולמוח ולגרום, במקרים נדירים, לתמותה. בנוסף לאחר הניתוח יש עליה בשכיחות אירועים לבביים או בצקת ריאות הפרעות קצב הלב.
- לאחר ההשתלה לעיתים יש הפרעות במצב הרוח כגון דיכאון או עצבנות יתר אשר בדרך כלל חולפים בהדרגה אבל לעיתים יש צורך בסיוע נפשי.
- הובהר לי שאזדקק כל חיי לטיפול קבוע לדיכוי המערכת החיסונית אשר תפקידו למנוע דחיה של הכליה. ומאידך עלול לגרום לעליה משמעותית בסיכון לזיהומים קשים וכן לגידולים.
- למרות טיפול זה ב כ 10-15% מההשתלות עלולה להיות דחיה חריפה של הכליה, אשר תאובחן בביופסיה ובעקבותיה אני אזדקק לטיפול נוגד דחיה בעצימות גבוהה. יעילות הטיפול בטיפול בדחיה הוא מעל 90%.
- הובהר לי שעלי להקפיד על לקיחה קבועה ומסודרת של התרופות על פי ההוראות של הרופאים המטפלים בי ושלקיחה לא מסודרת וקבועה של הטיפול נוגד הדחיה עלול להוביל לדחיה של הכליה

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך השתלת הכליה יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון תיקון כלי הדם או בדרכי השתן של כליה או ניקוז נוזלים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך השתלת הכליה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הפעולה/הטיפול העיקרית או מיד לאחריו.

אם הפעולה תתבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה. במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינון אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהשתלת הכליה וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.



שם המטופל	שם משפחה: שם פרטי: ת.ז. שם האב:
------------------	--

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/פעולה/טיפול העיקרי/ת.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב

תאריך	שעה	חתימת המטופל

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת

תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת

