

טופס הסכמה לביצוע ארתרוסקופיה של הברך

ARTHROSCOPY OF THE KNEE

ארתרוסקופיה של הברך מתבצעת במטרה לאבחן ו/או לטפל כירורגית בפגיעות או בנזקים על רקע חבלות, מחלות או תהליכים ניווניים. כמו כן, מאפשרת הבדיקה נטילת חומר לבדיקות מעבדה שונות. דרך חתכים קטנים מוחדרים לברך מכשירי ראייה (אופטיקה) ומכשירי עבודה ידניים או ממוכנים. מספר החתכים ומיקומם נקבע לפי צרכי הניתוח ושיקולו של הרופא האחראי תוך כדי ביצוע הפעולה. הפעולה מתבצעת בדרך כלל בהרדמה אזורית או בהרדמה כללית, ולעתים רחוקות בהרדמה מקומית.

שם החולה: _____

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

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

שם משפחה שם פרטי

על הצורך לבצע ארתרוסקופיה אבחנתית ו/או טיפולית בברך ימין/שמאל * פרט _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי הטיפולים החלופיים וסיכויי ההצלחה של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות של הישנות הנזק המקורי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, נפיחות, הגבלה בתנועה ואי נוחות שיימשכו מספר שבועות ויחייבו מנוחה וטיפול נגד כאבים. כמו כן ברוב המקרים נדרש טיפול פיזיותרפי אחרי הניתוח.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום, פגיעה בכלי דם, פגיעה עצבית, מוטורית ו/או תחושתית, פגיעה בתחושת עור השוק החיצוני, דיסטרופיה סימפטטית (RSD), קרישי דם בוורידים העמוקים (DVT), נזק מחוסם העורקים וסיבוכים מכאניים, כדוגמת שברים, קרעים ברצועות או נזק מכלי הניתוח. סיבוכים אלה נדירים מאוד. הוסברה לי האפשרות, כי יתכן צורך בפרוצדורות נוספות לתקן סיבוכים אלה ולא מן הנמנע כי ישאר נזק קבוע שאיננו ניתן לתיקון. לאחר ניתוחים לתיקון או לשחזור קרע/ים (כמו תפירת הסהרון - מיניסקוס), תפירה או שחזור של הרצועות הצולבות) עלולים להיווצר קרע/ים חוזר/ים שיצריכו תיקון ניתוחי חוזר. הוסבר לי כי הסיבוכים ואפשרות כשלון הניתוח גבוהים יותר וכן המהלך השיקומי ותהליך ההחלמה ממושכים יותר, ככל שהפעולה הכירורגית מורכבת יותר. הוסבר לי כי יתכן צורך להרחיב את היקף הניתוח ולבצע ארתרוטומיה (פתיחת הברך בחתך גדול יותר), לצורך טיפול שאינו ניתן לתיקון בארתרוסקופיה ו/או לטיפול בסיבוכים שהוזכרו. ברור לי כי הרחבת הניתוח ופרוצדורות אחרות אינן ניתנות לצפייה מראש. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת 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 בוודאות או במלואם, 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, וקריופריציפט 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.

הנהלת בית החולים

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, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

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

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה _____.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

חתימת המטופל

שעה

תאריך

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה