

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרק הירך או הברך TOTAL HIP/KNEE REPLACEMENT

החלפה של מפרק הירך או הברך במישתל מלאכותי נעשית במקרים של פגיעה קשה במרכיבי המפרק מסיבות שונות. במהלך הניתוח מוחלפים משטחי המפרק במישתל העשוי מחומרים פלסטיים, קרמיים ומתכות. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או בהרדמה אזורית.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט מד"ר _____			
שם משפחה	שם פרטי		
_____	_____		
על אופי מחלתי ועל הצורך בביצוע ניתוח להחלפת מפרק הברך / הירך* מצד ימין /שמאל*			
סוג המישתל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").			

ידוע לי כי אורך החיים של מפרק מלאכותי הוא מוגבל וכי עלול להתעורר צורך בניתוחים חוזרים בעתיד. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי-נוחות והגבלה בתנועה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, שלעיתים יצריך הוצאת המישתל בניתוח, השארת המפרק ללא מישתל לפרקי זמן שונים והתערבות ניתוחית נוספת; התרופפות של המישתל אשר תחייב ניתוח נוסף; צליעה, שמקורה הבדל באורך הגפיים, ו/או פגיעה עצבית בשרירי הגפיים, ו/או הפרעה בתפקוד השרירים; וכן סיבוכים טרומבואמבוליים. בניתוחים להחלפת מפרק הירך אפשרית גם פריקה, אשר תחייב ניתוחים נוספים או שכיבה ממושכת. סבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי על המישתל בו אמורים להשתמש בניתוח אך אני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יהיה צורך לשנות את סוג המישתל ו/או את היקף הניתוח לנוכח קשיים שיתעוררו בקיבוע התותב לעצם או שמקורם באיכות העצם. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שי 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 עירו דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי טסיות דם, וקריורציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירו 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 לעירו 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 לחזרת 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 עירו דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח 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.

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