

## טופס הסכמה: ניתוח לייצוב הכתף

### REPAIR OF RECURRENT DISLOCATION OF SHOULDER

ניתוח לייצוב הכתף מבוצע במקרים של נקיעות או תת נקיעות חוזרות של מפרק הכתף. הניתוח מכוון להשיג יציבות של המפרק תוך כוונה לשמור על טווח תנועה מקסימלי. קיימת אפשרות לביצוע הניתוח ב "שיטה פתוחה" או באמצעות ארטרוסקופ ב"שיטה סגורה". בחירת השיטה נעשית בהתאם לשיקול דעת רפואי. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט מדר' \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח לייצוב הכתף בצד ימין / שמאל\* בשיטה סגורה / פתוחה\* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שלאחר הניתוח אהיה בקיבוע שימשך בין 3 ל-8 שבועות לפי החלטת המנתח ובהתאם לשיטת הניתוח, ובתקופה זו לא אוכל לתפקד עם היד המנותחת. כן ידוע לי שלאחר הניתוח אצדקק לטיפול פיזיותרפי שיקומי. הוסבר לי כי לאחר הניתוח יהיה עלי להימנע מפעילות ספורטיבית במשך חצי שנה, ומכל פעילות מאומצת של הכתף במשך שנה. הוסבר לי שבכל מקרה צפויה לאחר הניתוח הגבלה יחסית בטווח תנועת הכתף. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסברו לי הסיכונים והסבוכים האפשריים לרבות: זיהום שלעיתים יצריך ניתוח נוסף לטיפול בזיהום; פגיעה עצבית שעלולה לפגוע בתפקוד הכתף והיד; פריקות חוזרות במפרק המנותח. סיבוכים אלו אינם שכיחים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך לשנות את מהלכו בהתאם לממצא התוך ניתוחי ו/או לעבור מ"השיטה הסגורה" ל"שיטה הפתוחה".

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 שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים 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, וקרויפוציפיט 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 המולטיטית(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, כישלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

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

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/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