

טופס הסכמה: ניתוח לתפירת גיד/ים ביז/ים REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS

הניתוח מתבצע במטרה להחזיר לאצבע את יכולת היישור/כיפוף שנפגעו כתוצאה מחיתוך גיד/ים. בניתוח נתפרים הגידים החתוכים ונתפרים קצה לקצה.
אם יתברר בעת הניתוח שלא ניתן לבצע את תפירת הגידים כאמור, ישתמש המנתח, במידת האפשר, בטכניקה של תפירה חלופית כדי להחזיר לאצבע/ות את יכולת התנועה. בתום הניתוח תקובע היד בגבס למשך 4-6 שבועות.
תפרי החתך הניתוחי יוסרו לאחר כ-10 ימים. במהלך תקופה זו ולאחריה יהיה צורך בטיפול פיזיקלי, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק למשך מספר חודשים. הניתוח מתבצע בהרדמה אזורית או כללית, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.
שם החולה: _____

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

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

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על ניתוח לתפירת גיד/גידים*, מכופף/מכופפים* מיישר/מיישרים*, יד ימץ/שמאל*, אצבע 1/2/3/4/5* (להלן:

"הניתוח העיקרי"). הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות שלא ניתן יהיה לתפור את הגידים כמתוכנן והצורך לבחור בטכניקה חלופית. כמו כן הוסבר לי שבחלק ניכר של המקרים לא יתקבל טווח תנועה מלא של האצבעות כפי שהיה לפני הפגיעה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ונפיחות של היד שיצריכו טיפול. הוסברו לי התופעות הצפויות לאחר הורדת הגבס לרבות קשיון ביד ובאצבעות שנותחו, שיצריך טיפול פיזיקלי למשך מספר חודשים, ולעיתים ניתוח חוזר לשחרור הידבקויות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום וקרע חוזר של הגידים שנתפרו. תיקון הקרע יצריך ניתוח לתפירה חוזרת. 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 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, וקריופריציפיט 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 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 עירו דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה ונזק עצבי ו/או וסקולרי. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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:

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופוסו 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