

טופס הסכמה: לטיפול מטרש (סקלרותריה) בורידי הרגליים SCLEROTHERAPY

אחת השיטות לטיפול בורידיים מורחבים ("דליות") ובורידונים ("נימים") בולטים בעור הינה הזרקת חומר מטרש לוריד. קיימים כיום מספר חומרים המשמשים למטרה זו. הטיפול שהינו קוסמטי בעיקרו, כולל סדרת הזרקות ולאחר מכן אפשרות של חבישת הרגל על פי שיקול הרופא. מספר ההזרקות הנדרש תלוי בפיזור ובכמות הורידיים המורחבים, וניתן לחזור על הפעולה מידי שניים עד שלושה שבועות. התהליך עשוי להימשך מספר חודשים. החומר המטרש מוזרק דרך מחט דקה, ומלווה בכאב קל של הדקירה ובתחושת צריבה בעת הזרקת החומר. העלמות הורידיים או הנימים אינה מוחלטת, והאזור המוזרק עלול לשנות, פעמים רבות, את צבעו באופן גלוי לעין. הטיפול אינו מונע הופעת ורידיים חדשים שעלולים להופיע גם באזור ההזרקה. הטיפול מתבצע בדרך כלל ללא הרדמה.

שם החולה: _____

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

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל־פה מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על טיפול להעלמת ורידיים באמצעות הזרקת חומר _____ ברגל ימין/שמאל*.

באזורים _____ (להלן: "הטיפול העיקרי")

(ציין/י את מקום הטיפול)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות ניתוח וטיפול בלייזר, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצבי. הוסברו לי התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, וכן הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הורידים מגיבים חלקית או אינם מגיבים כלל לטיפול. במקרים אלה ניתן לחזור על הטיפול אך לא ניתן להבטיח בוודאות הצלחה מלאה בטיפול בכל הורידיים ברגל. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, צריבה, אי נוחות, שינוי צבע במקום ההזרקה ו"פסים" בתוואי הוריד שהוזרק. בחלק מהמקרים עלול להיות פגם אסתטי באזור/י ההזרקה.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום מקומי, היווצרות כיב או אזור של נמק במקום ההזרקה שעלול להותיר צלקת בתום תהליך הריפי. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות. במקרים נדירים ייתכן שיהיה צורך בנייתוח מתקן באזור הנמק בעור.

הוסבר לי כי במקרים נדירים עלולה להיות רגישות של הגוף לחומר המטרש המוזרק לוריד, שיכולה לגרום לתגובה אלרגית מקומית או כללית. במקרים קיצוניים שהם נדירים מאד התגובה האלרגית יכולה להיות קשה. ידוע לי כי עירווי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי טסיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירווי 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 לעירווי 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 עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת. אני נותן/ בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו 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, וכי האחראי על הטיפול יהיה** שם הרופא/ה: _____

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

 הערות: _____

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפטרופוסו 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