

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: תיקון חסימה עורקית בגפיים התחתונות

LOWER EXTREMITIES ENDARTERECTOMY/ARTERIAL BYPASS

מטרת הניתוח היא חידוש אספקת הדם העורקי לגף עקב היצרות או חסימה של העורק הגורמת לכאבים בהליכה, כאבים במנוחה והופעת כיבים ועד לנמק, תופעות שיכולות להופיע באופן הדרגתי או פתאומי.

התיקון יכול להעשות בשתי דרכים: (1) יצירת מעקף של האזור החסום ו/או המוצר באמצעות שתל ורידי או מלאכותי שקצותיו מחוברים לעורק מעל ומתחת לאזור החסימה. (2) שליפת ה"פקק" החוסם וניקוי המקטע המוצר.

במהלך הניתוח יתכן ויהיה צורך בצינטור / ים של כלי דם עורקיים תוך שימוש בחומר ניגוד. השימוש בחומר הניגוד עלול לפגוע בתפקודי כליה באופן זמני או קבוע. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או אזורית.

שם החולה: _____

שם פרטי שם משפחה ת.ז. שם האב

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

על ניתוח מסוג _____ לתיקון חסימה עורקית בגפיים (פרט סוג הניתוח)

התחתונות _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").
(אזור החסימה)

הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות ואפשרות של הופעה שטפי דם תת עוריים ובצקת של הגף שעלולים להיות ממושכים.

הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים, לרבות: דימום, ו/או זיהום שיביאו לצורך בהוצאת השתל. קיימת אפשרות של הוצרות קרישים בתוך כלי הדם שיצריכו ניתוח נוסף להוצאתם. קיימת אפשרות שהשתל, או האזור שנוקה, יסתם במהלך הניתוח או מיד לאחריו ויהיה צורך בניתוח חוזר כדי לחדש את זרימת הדם. תתכן פגיעה בעצבי הגף המתבטאת בתחושת ירודה ו/או רגישות יתר ו/או כאבים. לעיתים רחוקות תשאר פגיעה קבועה וידרש טיפול נוסף. דימום, זיהום וחסימת השתל מיידי לאחר הניתוח, עלולים להביא לנמק של הגף עד כדי צורך בקטיעתו. תפקוד השתל והישרדותו קשורים גם בסוג השתל ובאזור הגף בו בוצע המעקף, וכן במחלה הבסיסית שגרמה להיצרות / חסימה. מעקף באמצעות שתל סינטטי, המבוצע מתחת לברך כרוך בסיכון גבוה יותר לקטיעת הגף. הניתוח עלול לגרום לסיבוכים רב מערכתיים הכוללים גם סיבוכים לבביים ונשימתיים שעלולים לגרום למוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול 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 בוודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירווי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז 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

ורפוי 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. הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים 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 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.

שם הרופא וחתימה _____ מס' רשיון _____