

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: טיפול בהמודיאליזה HEMODIALYSIS

דיאליזה הנו טיפול חלופי לפעילותן הטבעית של הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות מתקדמת. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה.

מכונת הדיאליזה מסננת ומנקה את הגוף מחומרי פסולת, במקום הכליות. לצורך חיבור החולה למכונת דיאליזה יש להכין בניתוח חיבור בין עורק לוריד באחת הגפיים (דלף, SHUNT). במקרים מסוימים, בהעדר דלף כזה, מוחדר צג תר זמני לאחד מורידי הגוף. החדרת המחט לדלף או לוריד עלולה להכאיב וניתן לבצע תחת הרדמה מקומית.

כהשלמה לדיאליזה נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל. הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, ביחידת דיאליזה בבית חולים או בקהילה. משך הטיפול מספר שעות ולאחר מנוחה יכול המטופל, בדרך כלל, לשוב לענייניו.

שם החולה _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			

שם פרטי	שם משפחה
על הצורך לטיפול בהמודיאליזה. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש.	

על הצורך לטיפול בהמודיאליזה. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: חולשה, אי נוחות וכאב בעת החדרת המחט לדלף או לוריד. כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול: זיהום במקום הדלף או זיהום כללי (אלח דם), הפרעות לבביות, ירידה בלחץ דם, דימום כתוצאה מנטילת תרופות נוגדות קרישה, חוסר דם (אנמיה) כתוצאה מנטילת דגימות דם מרובות ואיבוד דם בעת הפעולה, הפרעות במערכת העיכול, מחלת עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתידות העורקים), מחלות הקשורות במערכת העצבים, תסחיף אויר העלול לגרום (במקרים נדירים) לשיתוק ואף למוות ושקיעת עמילואיד באיברים שונים.

אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על דרכי הטיפול החלופיות להמודיאליזה, האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בהמודיאליזה.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לניתוח דלף (SHUNT) בהרדמה מקומית ובמידת הצורך בהרדמה כללית. הוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית. הוסבר לי הסיבוכים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופראציפיטט 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 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.

הוסבר לי שהחדרת צנטר זמני, בהעדר דלף, כרוכה בכאב ועלולה להסתבך בזיהום מקומי או כללי קל עד חמור.

דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם גדול עלול להצריך ניתוח לתיקון הנזק. אם הצנטר מוחדר לווריד התת בריחי,

יש סכנה של חזה אויר שיצריך החדרת נקז לבית החזה. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל טיפולי

הדיאליזה ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית חולים/יחידה

בקהילה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה*

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.

_____ מס' רשיון

_____ שם הרופא וחתימה