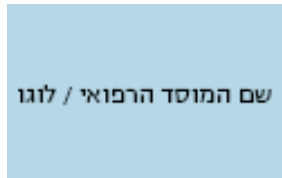




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 11/16

טופס הסכמה ל

שחזור וקיבוע של שברים Orthopedic Trauma Surgery (Fixation of Fractures)

שחזור שבר הוא פעולה המתבצעת במטרה להחזיר את העצם הפגועה לצורתה האנטומית במידת האפשר, או לעמדה שתאפשר איחוי עצם טוב ותפקוד מיטבי. השחזור מתבצע בגישה סגורה ע"י מניפולציות שונות באיבר/גפה הפגועים, או בגישה פתוחה הדורשת חתכים כירורגיים לרבות חשיפה שעלולה להיות רחבה ביותר, ומניפולציה ישירה על העצם השבורה. בשחזור שבר עפ"י רוב הקיבוע הינו פנימי ע"י משתלים אורתופדיים כגון פלטות, ברגים, מסמרים, כבלי מתכת וכיו"ב. במקרים מסוימים הקיבוע הוא חיצוני ומתבצע ע"י פנים המוחדרים לעצמות ומקובעים ביניהם ע"י מבנה קשיח חיצוני לגוף. במקרים מסוימים עשוי להיות צורך בתוספת שתל עצם עצמי (שנלקח מגוף המטופל) או אלוגני (שנלקח ממקור זר או סינטטי) על מנת לאפשר איחוי שבר תקין.

הפעולה מתבצעת בדרך כלל בהרדמה כללית או אזורית.

שם החולה:

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

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

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

אודות ביצוע שחזור סגור ו/או ניתוח לצורך קיבוע פנימי/חיצוני של שברים (להלן: "הפעולה/הניתוח העיקרי/ת"):

(ציין פרטים והערות)

צד: דימן / שמאל (הקף בעיגול את המתאים)

על הצורך בביצוע "הניתוח/הפעולה העיקרי/ת".

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של "הניתוח/פעולה העיקרית/ת" לרבות כאב ואי נוחות ונפיחות באזור הניתוח שיצריכו טיפול נוגד כאב. קיימת אפשרות של הופעת דימומים משניים. בדרך כלל יהיה צורך בפיזיותרפיה בשבועות או חודשים שלאחר הניתוח, ולעיתים אף קיבוע האיבר/גפה בסד למשך תקופת זמן נוספת.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, פגיעה בכלי דם, פגיעה בעצב מוטורי או תחושי, פגיעה בתחושה עורית שטחית, קרעים ברצועות, נזק סחוסני או נזק לרקמות אחרות במפרקים מעורבים או סמוכים, שברים יאטרוגניים, תסמונת כאב מורכבת ולא מוסברת (Complex Regional Pain Syndrome – CRPS), קרישי דם בוורידים העמוקים של הגפה, תסחיף ריאתי וחזה אוויר. סיבוכים אלה נדירים אך עלולים להאריך את ההחלמה ולחייב מתן טיפולים נוספים.

חלק קטן מהשברים שעברו קיבוע אינו מתאחה כראוי על רקע מספר גורמים כמו חומרת הפציעה, הופעת זיהום, אספקת דם לקוייה ומחלות מטבוליות סיסטמיות המשפיעות על הריפוי הביולוגי של העצם. חוסר איחוי או איחוי לקוי, עלול לחייב התערבות כירורגית נוספת בעתיד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים.

הוסבר לי כי במקרה של קיבוע פנימי המשתלים צפויים על-פי רוב להישאר בגוף המטופל לאורך חייו. רובם המוחלט של אמצעים אלו אינם פרו-מגנטיים ואינם מונעים בדיקות MRI או מעבר בגלאי מתכות בעתיד. הוסבר לי שהדבר עלול לגרום לתחושת גוף זר תחת העור לרבות גירוי עורי או תחושת טמפרטורה שונה, במיוחד בעת חילופי העונות.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח/פעולה יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הפעולה/הניתוח עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקיח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה/ניתוח עיקרי.



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

--	--	--

חתימת המטופל

שעה

תאריך

--	--	--

חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס / למתרגם של החולה (הקף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

--	--	--

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

--	--

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת