

שם המוסד הרפואי / לוגו



מדבקת המטופל

גרסה 11/16

טופס הסכמה ל

ארthroscopy of the Shoulder ארתרוסקופיה של הכתף

ארthroscopy of the Shoulder של הכתף היא פעולה המתבצעת במטרה לאבחן ו/או לטפל ניתוחית בפגיעות או בנזקים על רקע חבלות, מחלות, או תהליכים ניווניים. כמו כן ניתן בפעולה זו להוציא חומר ורקמה מן המפרק לצורך בדיקות מעבדה שונות. במהלך הפעולה מוחדרים למפרק מספר מכשירים דרך חורים זעירים (5-10 מ"מ) בעור. המכשירים כוללים ציוד אופטי המאפשר לראות ולצלם את האזור הנבדק וכן מכשירים המאפשרים ביצוע פעולות במפרק, כגון: קידוח תעלות זעירות, ביצוע תפרים זעירים, השתלת עוגנים זעירים, שיוף וכריתת זיזי עצם, כריתת רקמות פגועות, ונטילת רקמות לצורך בדיקות מעבדה.

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

על הצורך בביצוע ארתרוסקופיה בכתף ימין/שמאל לצורך:

להלן: "הניתוח העיקרי".

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות: כאב ואי נוחות, נפיחות של מפרק הכתף והגבלת טווח התנועה בכתף. כמו כן יהיה צורך, בדרך כלל, בשיקום פיזיותרפי בתקופה שלאחר הניתוח ולעיתים יהיה צורך בקיבוע הגפה בסד למשך מספר שבועות.



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, פגיעה בכלי דם, פגיעה בעצב מוטורי או תחושי, פגיעה בתחושת עור הזרוע החיצונית, שברים בעצמות השכם, הבריח והזרוע, קרעים ברצועות, נזק סחוס או נזק לרקמות אחרות במפרק הכתף ובסביבתו, פגיעה במפרק כתוצאה מכלי הניתוח עצמם,

תסמונת כאב מורכבת ולא מוסברת (CRPS = Complex Regional Pain Syndrome), קרישי דם בוורידים העמוקים של הגפה, תסחיף ריאתי, חזה אוויר. סיבוכים אלה נדירים. הוסבר לי כי יתכן שיהיה צורך בפעולה כירורגית נוספת לתקן סיבוכים אלה וכי לא מן הנמנע כי יישאר נזק קבוע שאינו ניתן לתיקון.

הוסבר לי כי לאחר ניתוח לתיקון ותפירה של קרע או ניתוח לתיקון ותפירה של גידים יש סיכון להישנות הקרע אשר עלול להצריך ניתוח חוזר. הוסבר לי כי יתכן צורך להרחיב את היקף הניתוח לגישה פתוחה על ידי ביצוע ארתרוטומיה (פתיחת מפרק הכתף בחתך גדול יותר) על מנת לטפל בפגיעה או נזק באופן שלא ניתן לבצע בארתרוסקופיה בלבד.

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 הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים.

הוסבר לי שבמידה והניתוח יתבצע בהרדמה כללית הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

במידה והניתוח 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 הרדמה 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 הניתוח העיקרי עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



מדבקת המטופל

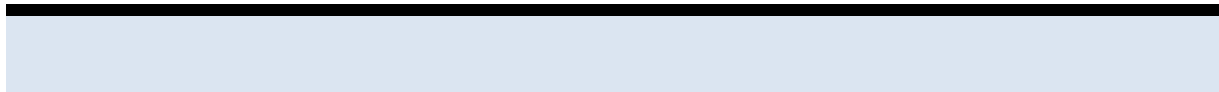
שם המוסד הרפואי / לוגו



חתימת המטופל

שעה

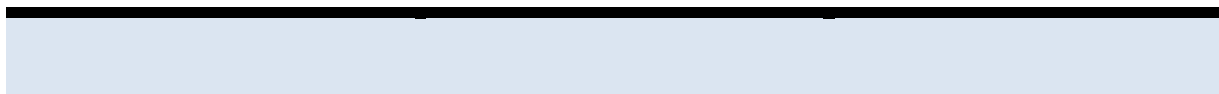
תאריך



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** (נא להקיף 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