

תאריך: _____

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרק הירך או הברך TOTAL HIP \ KNEE REPLACEMENT

החלפה של מפרק הירך או הברך במישתל מלאכותי נעשית במקרים של פגיעה קשה במרכיבי המפרק מסיבות שונות. במהלך הניתוח מוחלפים משטחי המפרק במישתל העשוי מחומרים פלסטיים, קרמיים ומתכות. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או בהרדמה אזורית.

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 ושם משפחה

על אופי מחלתי ועל הצורך בביצוע ניתוח להחלפת מפרק הברך/ הירך* מצד ימין/שמאל*

סוג המישתל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

ידוע לי כי אורך החיים של מפרק מלאכותי הוא מוגבל וכי עלול להתעורר צורך בניתוחים חוזרים בעתיד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום שלעיתים יצריך הוצאת המישתל בניתוח, השארת המפרק ללא מישתל לפרקי זמן שונים והתערבות ניתוחית נוספת; התרופפות של המישתל אשר תחייב ניתוח נוסף; צליעה, שמקורה הבדל באורך הגפיים, ו/או פגיעה עצבית בשרירי הגפיים, ו/או הפרעה בתפקוד השרירים; וכן סיבוכים טרומבואמבוליים. בניתוחים להחלפת מפרק הירך אפשרית גם פריקה, אשר תחייב ניתוחים נוספים או שכיבה ממושכת. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי על המישתל בו אמורים להשתמש בניתוח אך אני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יהיה צורך לשנות את סוג המישתל ו/או את היקף הניתוח למטח קשיים שיתעוררו בקיבוע התותב לעצם או שמקורם באיכות העצם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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 בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

-2-

הגבר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הנבטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר*

שם הרופא/ה המנתח/ת		
X		
תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה וחתימת הרופא/ה	מס' רישיון
------------	----------------------	------------

*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלוונטי.