



מדבקת המטופל



ייתב דמוחב דרפושנ / ליוו

גרסה 06/2020

טופס הסכמה ל

CARDIAC CATHETERIZATION / צנתור לב

צנתור לב מתבצע לצורך אבחון ו/או טיפול בלב עצמו ו/או בכלי הדם של הלב לרבות עורקי הריאה אשר מוצאם בלב עצמו. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החזרת צנתרים דרך כלי דם פריפרי עד לאזור הלב ו/או לעורקים הכליליים המזינים את הלב ו/או לעורקי הריאה, תחת שיקוף וצילומי רנטגן. באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים.

בצנתור טיפולי מבצעים פעולת תיקון מקומית בלב או בכלי הדם של הלב או הראות בעזרת בלון או אביזרים ייחודיים המותקנים על גבי הצנתרים, כולל תומכן (STENT). במקרים בהם במהלך צנתור אבחוני מאובחן מצב רפואי או מחלה הניתנים לטיפול, יתכן ויבוצע הצנתור הטיפולי בהמשך לצנתור האבחוני.

על המטופל להודיע לרופא המחלקה אם קיימת בעיה כלייתית ו/או רגישות ליוד, והאם המטופל נוטל/ת תרופות נוגדות קרישה קודם לביצוע הבדיקה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / מקומית

שם המטופל:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע צנתור לב אבחוני ו/או טיפולי, לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים באמצעות בלון ו/או אביזרים אחרים לרבות תומכנים (Stents).

פרט טיפול אחר:



(להלן "הפעולה העיקרית"), מד"ר/פרופ':



שם פרטי

שם משפחה



תאריך	שעה	חתימת המטופל
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>שנת המועד הרפואי / לוו</small>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>מדבקת המטופל</small>

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, הכוללות טיפול שמרני באמצעות תרופות, אפשרויות מלעוריות אחרות או טיפול ניתוחי, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות באזור הצנתר ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתפקוד הכליות והחמרה במחלת הלב, וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך צנתור הלב יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני כולל, פעולה צנתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם צנתור הלב יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית 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 ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שצנתור הלב וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
--------------------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל/ת
-------------	----------------

