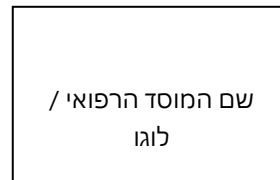




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי /  
לוגו

גרסה 12/17

טופס הסכמה ל

**יצירת נצור עורקי-ורידי (ראשוני או סינטטי) לשימוש  
בהמודיאליזה Arterial-venous fistula (primary or synthetic)**

מטרת הניתוח היא יצירת נצור עורקי ורידי לשימוש בזמן המודיאליזה.  
הניתוח יבוצע ע"י חיבור הוריד לעורק ראשוני או בעזרת שתל סינטטי.  
צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)  
**ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**  
**שם המטופל:**



**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**



**תאריך      שעה      חתימת המטופל**

על הצורך בביצוע יצירת נצור עורקי-ורידי (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה.  
כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון: המודיאליזה דרך קטטר מרכזי ודיאליזה  
ביטנית (פריטונאלית).



התורה ליחול סיכונים ברפואה ב"מ  
הקבוצת מדע



טופס הסכמה ליצירת נצור עורקי-ורידי (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה  
Arterial-venous fistula (primary or synthetic) for hemodialysis  
1-9029-6-2017

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות, וריד נפוח באיזור האמה או זרוע.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך יצירת נצור עורקי-וריד (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: טרומבקטומיה (הוצאת קרישי

שם המוסד הרפואי /  
לוגו



מדבקת המטופל

דם מהעורק) או תיקון העורק ראשונית או ע"י תלאי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, נפיחות של היד, חסימה או הצרות בנצור לאחר הניתוח עם צורך בנייתו או צנתור חוזר לשיפור תפקוד הנצור, ירידה בזרימת הדם לכף היד (תסמונת גניבה – steal) עד לכדי צורך בסגירתו של הנצור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך יצירת נצור עורקי-וריד (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רפאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

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

אם הניתוח ליצירת נצור עורקי-וריד (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה תבוצע 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 הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח ליצירת נצור עורקי-וריד (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה 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 הטיפול העיקרי:

**חתימת המטופל**

**שעה**

**תאריך**



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

שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה 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