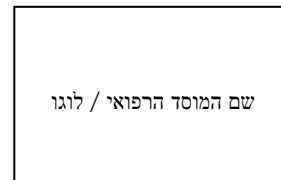




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 03/18

טופס הסכמה ל

טיפול בהמודיאליזה

Hemodialysis

דיאליזה הנו טיפול חלופי לפעילותן הטבעית של הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראת הכליות.

מכונת הדיאליזה מסננת ומנקה את הגוף מחומרי פסולת בניקוי ישיר של הדם, במקום הכליות. לצורך חיבור החולה למכונת דיאליזה יש להכין בניתוח חיבור בין עורק לווריד באחת הגפיים (דלף, SHUNT). במקרים מסוימים, בהעדר דלף כזה, מוחדר צנתר זמני לאחד מורידי הגוף. החדרת המחט לדלף או לווריד עלולה להכאיב וניתן לבצעה תחת הרדמה מקומית.

כהשלמה לדיאליזה נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל.

הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, ביחידת דיאליזה בבית חולים או בקהילה. משך הטפול מספר שעות כל פעם. לאחר מנוחה יכול המטופל, בדרך כלל, לשוב לענייניו.

מכונת הדיאליזה שואבת דם מהדלף או צנתר ומעבירה אותו דרך מסנן המסלק רעלים ועודף נוזלים מגוף המטופל.

צורת ההרדמה המלווה את יצירת הדלף (הניתוח): **הרדמה מקומית**

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה



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

מדבקת המטופל

שם פרטי

שם המוסד הרפואי / לוגו

שם משפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בטיפול בהמודיאליזה ("הטיפול/ הפעולה העיקרית"). כמו כן הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש במצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/ הפעולה העיקרית לרבות חולשה, אי נוחות וכאב בעת החזרת המחט לדלף או לוריד.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול: זיהום במקום הדלף או זיהום כללי (אלח דם), הפרעות לבביות, ירידה בלחץ דם, דימום, חוסר דם (אנמיה) כתוצאה מנטילת דגימות דם מרובות ואיבוד דם בעת הפעולה, הפרעות במערכת העיכול, מחלת עצמות, החשת תהליך טרשתי (הסתיידות העורקים), מחלות הקשורות במערכת העצבים, תסחיף אויר העלול לגרום (במקרים נדירים) לשיתוק ואף למוות ושקיעת עמילואיד באיברים שונים.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לניתוח דלף (SHUNT) בהרדמה מקומית ובמידת הצורך בהרדמה איזורית. הוסברו לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.



הוסבר לי שהחזרת צנתר זמני, בהעדר דלף, כרוכה בכאב ועלולה להסתבך בזיהום מקומי או כללי קל עד חמור. דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם גדול עלול להצריך ניתוח לתיקון הנזק. אם הצנתר מוחזר לווריד התת בריחי, יש סכנה של חזה אויר שיצריך החזרת נקז לבית החזה.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, דיאליזה בטנית (צפקית) או השתלת כליה, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בהמודיאליזה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך של הניתוח או הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים ומניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח/ הפעולה העיקרית.

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

אם הניתוח 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 הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח/פעולה העיקרית/ת 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.



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 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.

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

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------

