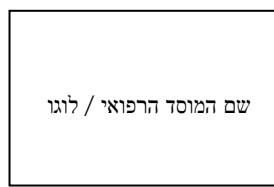




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 03/18

טופס הסכמה ל

טיפול בדיאליזה צפקית
Peritoneal Dialysis

דיאליזה צפקית הינה טיפול חלופי לפעילות הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראת הכליות. הטיפול מתבצע ע"י הזלפת נוזלים לחלל הצפק (פריטוניאום) בבטן באמצעות צנתר. הצנתר מוחדר לחלל הבטן בהרדמה כללית או מקומית.

כחלק מהטיפול בדיאליזה צפקית נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ביקורת תקופתית ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל.

הטיפול מתבצע מספר פעמים ביום, בהתאם למצב המטופל, במסגרת טיפולית או בבית. הטיפול מבוסס על שטיפת חלל הבטן ע"י תמיסות דיאליזה מספר פעמים ביום. תהליך מילוי/ריקון חלל הצפק יכול להמשך עד שעה כל פעם.

לצורך הטיפול יש צורך בהחדרת צנתר קבוע לחלל הצפק (להלן: הניתוח).

צורת ההרדמה המלווה את התקנת הצנתר קבוע לחלל הצפק: **הרדמה מקומית**

הליך ביצוע הדיאליזה הציפקית יתבצע ללא הרדמה

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



<p>שם פרטי</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">מדבקת המטופל</p>	<p>שם משפחה</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p> </div>
---	--

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

על הצורך בביצוע דיאליזה צפקית ("הפעולה העיקרית").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, לרבות המודיאליזה, השתלת כליה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/ הפעולה העיקרית/ לרבות חולשה, כאב בטן ואי נוחות והן התקשות הצפק, הפרעה במשק הפחמימות ומלחי הגוף, הפרעות לבביות, הפרעות במערכת העיכול, הפרעות במערכת העצבים ההיקפית והמרכזית, מחלות עצמות, החשת תהליך טרשתי (הסתיידות העורקים), דלקת ריאות, נוזל בחלל הריאה, אי ספיקת לב ובצקת ריאות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, פגיעה באברים פנימיים, זיהום בתעלה התת עורית מסביב לצנתר, זיהום בצפק עד אלה דם וצורך בהחזרה חוזרת של הצנתר לשם מיקומו מחדש או להסרתו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להחזרת הצנתר לבטני לאחר שהובהרו לי הסיכונים האפשריים בבצוע הפעולה לרבות: דימום, זיהום, פגיעה באברי הבטן שלעיתים יצריכו תיקון כירורגי, ובמקרים נדירים ביותר אפילו במוות. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית; והסיבוכים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך הניתוח/הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים 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 כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח/פעולה העיקרית.



הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה מקומית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים במידת הצורך.

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.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח/פעולה העיקרית/ וכל ההליכים העיקריים 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 הטיפול העיקרי.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

תאריך	שעה	חתימת המטופל

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל) / שם אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

חתימת אפוטרופוס

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
-------------	-------------

