

# טופס הסכמה: תיקון חסימה עורקית בגפיים

## התחנות

### LOWER EXTREMITIES ENDARTRECTOMY / ARTERIAL BYPASS

מטרת הניתוח היא חידוש אספקת הדם העורקי לגף עקב היצרות או חסימה של העורק הגורמת לכאבים בהליכה, כאבים במנוחה והופעת כיבים ועד לנמק, תופעות שיכולות להופיע באופן הדרגתי או פתאומי.

התיקון יכול להעשות בשתי דרכים: (1) יצירת מעקף של האזור החסום ו/או המוצר באמצעות שתל ורידי או מלאכותי שקצותיו מחוברים לעורק מעל ומתחת לאזור החסימה. (2) שליפת ה"פקק" החוסם וניקוי המקטע המוצר. במהלך הניתוח יתכן ויהיה צורך בצינטור / ים של כלי דם עורקיים תוך שימוש בחומר ניגוד. השימוש בחומר הניגוד עלול לפגוע בתפקודי כליה באופן זמני או קבוע. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או אזורית.

שם

החולה:

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

ת.ז.

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

שם פרטי

שם משפחה

על ניתוח מסוג

לתיקון חסימה עורקית

בגפיים

(פרט סוג הניתוח)

התחנות

(להלן: "הניתוח

העיקרי").

(אזור החסימה)

הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות ואפשרות של הופעה שטפי דם תת עוריים ובצקת של הגף שעלולים להיות ממושכים.

הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים, לרבות: דימום, ו/או זיהום שיביאו לצורך בהוצאת השתל. קיימת אפשרות של הווצרות קרישים בתוך כלי הדם שיצריכו ניתוח נוסף להוצאתם. קיימת אפשרות שהשתל, או האזור שנוקה, יסתם במהלך הניתוח או מיד לאחריו ויהיה צורך בניתוח חוזר כדי לחדש את זרימת הדם. תתכן פגיעה בעצבי הגף המתבטאת בתחושת ירודה ו/או רגישות יתר ו/או כאבים. לעיתים רחוקות תשאר פגיעה קבועה וידרש טיפול נוסף. דימום, זיהום וחסמת השתל מיידי לאחר הניתוח, עלולים להביא לנמק של הגף עד כדי צורך בקטיעתו. תפקוד השתל והישרדותו קשורים גם בסוג השתל ובאזור הגף בו בוצע המעקף, וכן במחלה הבסיסית שגרמה להיצרות / חסימה. מעקף באמצעות שתל סינטטי, המבוצע מתחת לברך כרוך בסיכון גבוה יותר לקטיעת הגף. הניתוח עלול לגרום לסיבוכים רב מערכתיים הכוללים גם סיבוכים לבביים ונשימתיים שעלולים לגרום למוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול 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 בוודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על הרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול יהיה \_\_\_\_\_.

שם הרופא/ה

חתימת	שעה	תאריך	החולה
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין		שם האפוטרופוס (קירבה)	או חולה נפש)
		אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.	
	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה	מס' רשיון
			* מחק את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)

