

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרק הירך או הברך

TOTAL HIP / KNEE REPLACEMENT

החלפה של מפרק הירך או הברך במישל מלאכותי נעשית במקרים של פגיעה קשה במרכיבי המפרק מסיבות שונות. במהלך הניתוח מוחלפים משטחי המפרק במישל העשוי מחומרים פלסטיים, קרמיים ומתכות. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או בהרדמה אזורית.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב
ת.ז.		
אני	מצהיר/ה	ומאשר/ת
	בזאת	שקבלתי
	הסבר	מפורט
	מד"ר	
משפחה	שם	

שם פרטי _____

על אופי מחלתי ועל הצורך בביצוע ניתוח להחלפת מפרק הברך / הירך * מצד ימין / שמאל*

סוג המישל (להלן: "הניתוח העיקרי").

ידוע לי כי אורך החיים של מפרק מלאכותי הוא מוגבל וכי עלול להתעורר צורך בניתוחים חוזרים בעתיד. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי-נוחות והגבלה בתנועה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, שלעיתים יצריך הוצאת המישל בניתוח, השארת המפרק ללא מישל לפרקי זמן שונים והתערבות ניתוחית נוספת; התרופות של המישל אשר תחייב ניתוח נוסף; צליעה, שמקורה הבדל באורך הגפיים, ו/או פגיעה עצבית בשרירי הגפיים, ו/או הפרעה בתפקוד השרירים; וכן סיבוכים טרומבואמבוליים. בניתוחים להחלפת מפרק הירך אפשרית גם פריקה, אשר תחייב ניתוחים נוספים או שכיבה ממושכת. סבוכים אלה אינם שכיחים. אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי על המישל בו אמורים להשתמש בניתוח אך אני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יהיה צורך לשנות את סוג המישל ו/או את היקף הניתוח לנוכח קשיים שיתעוררו בקיבוע התותב לעצם או שמקורם באיכות העצם. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח 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 בודאות 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח 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.

תאריך	שעה	חתימת
שם האפוטרופוס (קירבה)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

ט"ו ORTHO/8151/8154 /0091 יוני 1999

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלבנטי.



החברה לניהול סיכונים
ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הישראלי לאורתופדיה

