

טופס הסכמה: ניתוח לב פתוח OPEN HEART SURGERY

ניתוח לב פתוח, מתבצע לשם תיקון של מום או מחלה לבבית בלב עצמו, או בעורקיו. הגישה ללב מחייבת פתיחת בית החזה, בדרך כלל בחתך אמצעי של עצם החזה. בזמן התיקון בלב, מתבצעת עקיפת פעולת הלב על ידי מכונת לב-ריאה חיצונית המזרימה ומחמצנת את הדם לגוף כולו. ככלל, לאחר ניתוח לב פתוח, שוהה המנותח בטיפול נמרץ בו הוא מחובר לעזרי ניטור ומקבל טיפול אינטנסיבי הכולל הנשמה וטיפולים תוך ורידיים.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז. ת.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	

על הצורך בביצוע ניתוח לב פתוח:

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, המהלך החזוי והתופעות הכרוכות בשלבי ההחלמה השונים לרבות אי נוחות מרובה וכאב באזור עצם החזה. הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: נזק למערכת הלב, נזק לכלי הדם, פגיעה מוחית, דימום, זיהום ופגיעה באיבר מרוחק בשל הפרעה בזרימת הדם אליו. אני מאשר/ת כי הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול להיווצר צורך בביצוע ניתוח חוזר.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי ששיעור התמותה בנייתוח האמור עולה על אחוז אחד ותלוי בגיל, סוג הניתוח ובגורמי סיכון נוספים. אני מצהיר/ה כי קיבלתי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותן 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 והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני



משרד הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל

החברה לכירורגיה של בית החזה



החברה לניהול סיכונים ברפואה



לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון	החתימה	שם הרופא/
-----------	--------	-----------

* מחקאי את המיותר



משרד הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לכירורגיה של בית החזה



החברה לניהול סיכונים ברפואה 