

## טופס הסכמה לניתוחי קרסול וכף רגל Foot and ankle operations

מדבקה

מהות הבעיה הרפואית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הניתוח נעשה על מנת להקטין כאב ולתקן את העיוות או השבר ולאפשר את תפקודם התקין של כף הרגל והקרסול

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

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_  
שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם המשפחה \_\_\_\_\_

על הפעולה ניתוח הקרסול וכף הרגל Foot and ankle operations (להלן "הניתוח העיקרי") הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול ולדון על הפעולה ותוצאותיה, החלופות הטיפוליות, השמרניות והניתוחיות, השלכותיהן, הסיכונים הנלווים ותועלתם.

אפשרויות ביצוע הניתוח:  גישה פתוחה  גישה מלעורית  אחר (פרט/י) \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי המיידיות לאחר הניתוח העיקרי שמקורן או מהניתוח עצמו או מטכניקות ההרדמה הן הכללית והן האזורית או המקומית כגון: כאב, רדימות, נפיחות, דימום ולחץ מחבישה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך לבצע פעולות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: חיתוכי עצם נוספים, ניתוחי גידים, רקמה רכה ותיקון עיוותים נוספים להשגת התוצאה המיטבית.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: סיכונים סיבוכים ותופעות לוואי העלולים לקרות בזמן או לאחר הניתוח כגון: הגבלה בתנועה, קיצור של הרגל, נפיחות הקרסול וכף הרגל, פגיעה עצבית זמנית/קבועה, כאב חריף או ממושך, זיהום בטר ניתוחי שטחי או עמוק, פגיעה בכלי דם, פגיעה גרמית, חוסר איחוי גרמי, אחוי לקוי, אחוי מושהה, פקקת ורידים עמוקה.

גורמי הסיכון העיקריים לסיבוכים כוללים: עישון, סכרת, מחלות כלי דם פריפריים ומערכת הלימפה, מחלות המוטולוגיות וכן נטילת סידן (אוסטאופורוזיס) ומחלות אוטואימוניות. ירידה בחיסוניות הגוף בשל מחלות או תרופות.

אני מצהיר/ה כי יידעתי את הצוות הרפואי לקיום גורמי סיכון אלה וכל תחלואה אחרת.

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 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 שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

אם הפעולה תתבצע בהרדמה, הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה. במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה \_\_\_\_\_

שעה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_