

טופס הסכמה

ניתוח לתיקון בוהן קלובה/עקולה (הלוקס ולגוס/וארוס) אצבע פטיש/עוותים בקדמת כף הרגל

מדבקה

מהות הבעיה הרפואית: עיוותים בקדמת כפות הרגליים ובכללם בוהן קלובה
עקולה (הלוקס ולגוס/וארוס/אצבע פטיש _____ מטהרזולגיה,
עוותים אחרים: _____

הניתוח מבוצע במטרה למנוע או להפחית כאב ולתקן את העיוות כדי
לשפר את תפקוד כף הרגל.

שם המטופל/ת: _____

שם משפחה _____

שם פרטי _____

ת.ז. _____

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

על הניתוח לתיקון בוהן קלובה / עקולה (הלוקס ולגוס/וארוס) / אצבע פטיש עוותים בקדמת כף הרגל (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 מזערית (Mini Invasive Surgery-MIS) אחר (פרטי) _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי המיידיות לאחר הניתוח העיקרי שמקורן או הניתוח 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, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות:

1. אי השגת התוצאה הרצויה או השגת תיקון חלקי או הישנות העיוות.
2. כאב חריף או ממושך.
3. הגבלה בתנועה, קיצור, נפיחות של הבוהן/אצבעות וכף הרגל.
4. פגיעה ברצועות/גידים.
5. פגיעה בראש עצם המסרק, במפרק, חוסר אחוי גרמי, הזדקפות של הבוהן,
6. פגיעה עצבית זמנית/קבועה
7. זיהום בתר ניתוחי שטחי או עמוק, פגיעה בגלי דם, פקקת ורידים,
8. היוותרות של צלקות/הידבקויות של רקמות רכות

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.

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

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

כמו כן, הוסבר לי שתהליך השיקום והריפוי כרוך במגבלות בתנועה או שימוש במכשרי עזר

אם הפעולה תתבצע בהרדמה כללית 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 הרדמה, לאחר שהוסברו 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 הפרעות 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.

בחתמתי 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.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל/ת _____

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.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____