



טופס הסכמה : לניתוח תיקון כף רגל קלובה

CORRECTION OF CLUB FOOT

ניתוח של כף רגל קלובה נעשה במטרה לשפר את העמדה והצורה של כף הרגל על מנת לאפשר את תפקודה התקין. הניתוח מהווה שלב בתיקון ולאחריו יש צורך בהמשך טיפול על ידי קיבוע חיצוני ובפעולות נוספות לצורך שיפור ושימור של העמדה התפקודית. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המטופל: _____

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

על ניתוח לתיקון כף רגל קלובה ימין/שמאל* (להלן : הניתוח העיקרי).

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם לא תושג התוצאה הרצויה, או שיושג תיקון חלקי, או שהעיוות ישנה, ויהיה צורך בטיפולים נוספים לרבות ניתוח חוזר.

הוסבר לי כי בכל מקרה לא תהא הרגל המנותחת זהה לרגל נורמלית. כמו כן הוסבר לי שתהליך השיקום והריפוי כרוך בהגבלות בתנועה ו/או שימוש במכשירי עזר.

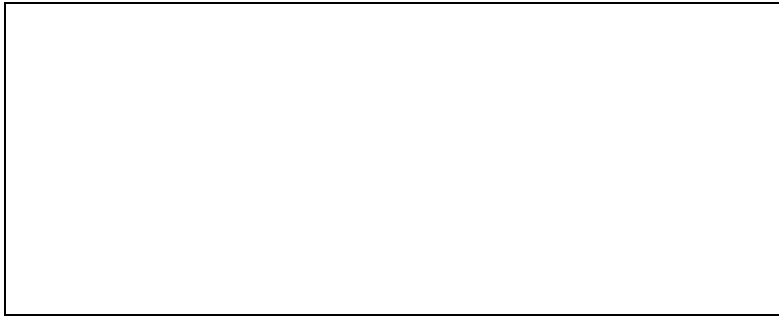
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, והגבלה בתנועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; היפרדות שולי הפצע; פגיעה בכלי דם, בעצבים או בעצמות כף הרגל, שעלולה לגרום לנזק עד כדי צורך בתיקון ניתוחי ובמקרים נדירים כריתת כף הרגל.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות וטיפול בסיבוכים 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 ניתוחים שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.



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

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין 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 על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------