

טופס הסכמה: ניתוח הטרייה/קטיעה Orthopedic Debridement/Amputation Surgery

הטרייה אורתופדית הינה פעולה כירורגית שנועדה לסלק מהגוף רקמה חסרת חיות ו/או גופים זרים העלולים לגרום לזיהום, ו/או רקמה שכבר הזדהמה, על מנת להפחית הסיכון לזיהום מערכתי מסכן חיים. היקף פעולת ההטרייה עלול להיות רחב ביותר הן מבחינת היקף הרקמה שתסולק שעלול לפגוע בתפקוד לאור חסר ברקמה תקינה.

קטיעת גפה הינה פעולה כירורגית המתחייבת כתוצאה ממחלה מקומית או מערכתית. בפעולה זו מסולק חלק מהגפה ובמקרים נדירים אף כולה, בהתאם להיקף הרקמה המחייבת הרחקה. הקטיעה מתבצעת לרוב באזור רקמה בריא במרחק מתוכנן שמעל לאזור הרקמה הנגוע, לצורך שמירה על שוליים תקינים ובני חיות. במהלך הניתוח נוצר גדם. הפעולות מתבצעות בדרך כלל בהרדמה כללית או אזורית.

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		

אודות הצורך בביצוע הטרייה באזור:

בביצוע קטיעה של:

מתחת ל:

מעל ל:

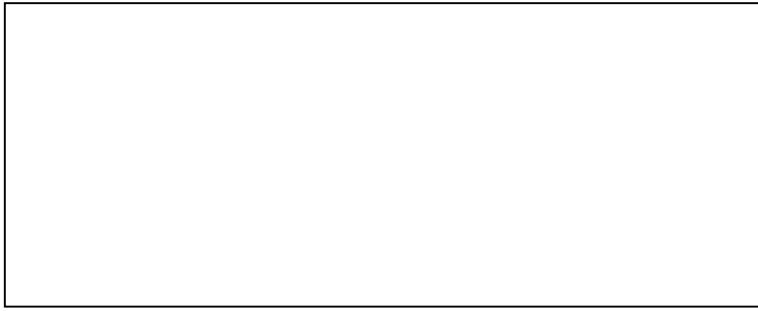
אנא הקף צד: ימין/שמאל.

להלן: "הניתוח/הפעולה העיקרית".

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

הוסברו לי תופעות הלוואי של "הניתוח/פעולה העיקרית" לרבות כאב ואי נוחות שיצריכו טיפול תרופתי. כמו כן, יהיה צורך, בד"כ בשיקום פיזיותרפי לאחר הפעולה למשך פרקי זמן של שבועות ו/או חודשים ולעיתים קיבוע הגפה בסד למשך תקופת זמן ממושכת.

הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים לרבות: זיהום מקומי באיזור הניתוח העיקרי, פגיעה בכלי דם, פגיעה בעצב מוטורי או תחושי, פגיעה בתחושה עורית שטחית, שברים יאטרוגניים, תסמונת כאב מורכבת ולא מוסברת (Complex Regional Pain Syndrome – CRPS) או כאבי "פנטום" (כאבים באזור הגפה שנקטעה), קרישי דם בוורידים העמוקים של הגפה, תסחיף ריאתי וחזה – אוויר. סיבוכים אלה אינם שכיחים אך עלולים לחייב טיפול של מספר חודשים.



הוסבר לי כי יתכן והסיבוכים יצריכו טיפולים נוספים או פעולה כירורגית נוספת לתיקון סיבוכים אלה ולא מן הנמנע כי יישאר נזק קבוע שאינו ניתן לתיקון.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים.

הוסבר לי כי "הניתוח/פעולה עיקרית" מתבצע בהרדמה כללית/אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הניתוח/הפעולה העיקרית עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

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

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה/הניתוח העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ לאפוסטרופוס/ למתרגם של המטופל (נא להקיף בעיגול) 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