



טופס הסכמה: ניתוח בעורק התרדמה

INTERNAL CAROTID ENDARTERECTOMY OR BYPASS

היצרות בעורק התרדמה הינה גורם סיכון להיארעות שבץ מוחי. ניתוח בעורק התרדמה נועד להקטין את הסיכון לאירוע מוחי עתידי. דרגת הסיכון גדולה ככל שגדל שיעור ההיצרות. בהיצרות של 70% או יותר, יש יתרון לטיפול ניתוחי על פני המשך טיפול שמרני להקטנת הסיכון לאירוע מוחי.

הסיכון בניתוח קשור גם לדרגת ההיצרות של עורק התרדמה בצד שני, מידת ההפרעות שנגרמו בגין היצרותו, וכן למחלות נלוות, בעיקר מחלות לב. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או באמצעות חסם עצבי אזורי.

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם פרטי	שם משפחה
_____	_____

על הצורך בניתוח _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות וכן האפשרות כי ב – 10% - 15% של הניתוחים תיתכן היצרות חוזרת שתופיע חודשים או שנים לאחר הניתוח. בחלק מהמקרים יהיה צורך בניתוח חוזר.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום ופגיעה בעצבים של הלשון, זווית הפה ומיתרי הקול.

הוסבר לי כי במהלך הניתוח העיקרי או לאחריו, קיימת סכנה של אירוע מוחי, ו/או אירוע לבבי שעלולים לגרום לנכות בדרגות חומרה שונות ועד מוות. השיעור הכולל של הסיבוכים החמורים הוא עד כ – 3 אחוזים. שיעור הסיכון עלול להיות גבוה יותר בהתאם למצב עורק התרדמה בצד השני וקיומן של מחלות נוספות. 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 הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלחת 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, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או באמצעות חסם עצבי אזורי, והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



אני יודעת/ת ומסכים/ת לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד הכפוף 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
--------------------	---------------	------------