



טופס הסכמה : תיקון ניתוחי במחלת פרטס LEGG-CALVE - PERTHES

הטיפול הניתוחי במחלת PERTHES מתבצע לצורך הקטנת הפגיעה ו/או מניעת פגיעה נוספת במפרק הירך הנגרמת על ידי המחלה. קיימות שיטות שונות לביצוע הניתוח. השיטה תבחר על פי שיקולים רפואיים. במקרים מסוימים יידרש יותר מניתוח אחד כדי להשיג את התוצאה הרצויה. 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 הצורך בניתוח _____

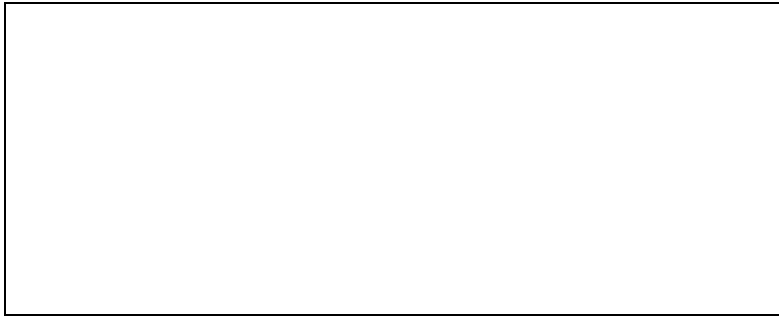
ברגל ימין / שמאל / שתיהן* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שלא בכל מקרה תושג התוצאה המקווה ויתכן צורך בטיפולים נוספים לרבות התערבות ניתוחית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה. במקרים מסוימים יגרם קיצור של העצם וחולשת שרירים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום שיצריך טיפול עד כדי ניתוח; חיבור לקוי של העצם שעלול להצריך התערבות ניתוחית. לעיתים נדירות, בעת הניתוח, תיתכן פגיעה בכלי דם ו/או בעצב שתגרום להפרעה תפקודית.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת 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 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 פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח 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
--------------------	---------------	------------