



## 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 החולה:

שם משפחה      שם פרטי      שם האב      ת.ז.

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

שם פרטי ושם משפחה

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.



כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח הוא ד"ר:

שם פרטי ושם משפחה

X

חתימה

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס  
( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

קרבת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

• מחק/י את המיותר