

טופס הסכמה: תיקון תוך נהורי (אנדווסקולרי) של מפרצת הוורטין באמצעות תומך

ENDOVASCULAR REPAIR OF AORTIC ANEURYSM BY STENT

תיקון תוך נהורי של התרחבות (מפרצת) בוורטין (אבי העורקים) מתבצע בשיטה חדשה יחסית באמצעות החדרת תומך לחלל העורק המורחב תחת הדמיה, והידוק קצותיו לחלקי העורק הבריא. במהלך הפעולה נחשפים העורקים במפשעות ודרכם מוחדרים חלקי התומך. לפי הנתונים שהתקבלו בפעולות הדמיה קודמות (צנתור, CT או MRI), מחליטים אם יש צורך לחסום כלי דם העלולים להזין את חלל המפרצת. החסימה מתבצעת ע"י תסחוף (Embolization) של כלי הדם. יתכן שבמהלך הפעולה תבוצע הרחבת עורקים ע"י בלון על מנת לאפשר גישה להחדרת התומך הראשי. הפעולה מתבצעת, לפי הצורך בהרדמה מקומית עם חומרי הרגעה או בהרדמה כללית. המהלך המידי לאחר הפעולה כולל, בדרך כלל, טיפול אינטנסיבי במחלקה מיוחדת (טיפול נמרץ או התאוששות).

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 הצורך בביצוע ניתוח תיקון תוך – נהורי של מפרצת בוורטין באמצעות תומך. (רשום אזור)

פרט פעולות נוספות המתוכננות _____ (להלן: "הטיפול העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. כמו כן, ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לפיה ב- 10% מהמקרים הפעולה לא מצליחה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח, לרבות: זיהום, מנח לקוי של התומך, דימום, קרע או חסימה של עורקים העלולים להצריך ניתוח. כמו כן הוסבר לי שבניתוח יתכנו סיכונים רציניים, לרבות: אוטם שריר הלב, אירוע מוחי והפרעה באספקת הדם לאברים חיוניים כמו כליות, מעיים, לבלב ועמוד השדרה, עד כדי שיתוק פלג הגוף התחתון. חסימה באספקת הדם לגפיים התחתונות עלולה להצריך, במקרים נדירים, את כריתת הגף. אצל גברים יתכן סיבוך של פגיעה בתפקוד המיני על רקע הפרעה באספקת הדם או פגיעה בעצבים. שיעור הסיכונים הרציניים והתמותה מהם נע בסביבות 5%. הוסבר לי שקיימת אפשרות שבמהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך לעבור לניתוח בגישה פתוחה לצורך תיקון המפרצת.

-2-

הוסבר לי שלטיפול העיקרי עלולים להיות סיבוכים מאוחרים, כמו המשך גדילת המפרצת עקב דלף פנימי שיחייב טיפול נוסף תחת הדמיה או ניתוח. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות 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. פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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.

שם הרופא/ה חתימה וחותמת הרופא/ה מס' רישיון

*מחקי/ את המיותר.