



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

**מדבקת פרטי מטופל**

## טופס הסכמה: ניתוח וורידים דליתיים בגפיים התחתונות

### OPERATION FOR VARICOSE VEINS OF THE LEGS

וורידים מורחבים (דליות) בגפיים התחתונות מהווים ביטוי לפגיעה כמערכת הוורידית השטחית על רקע אי ספיקה של מסתמי הוורידים ו/או ליקוי בדפנות הוורידים. התרחבות המערכת הוורידית השטחית ברגליים עלולה לגרום לפגיעה אסתטית, תחושת כובד, בצקות ברגלים, דלקות וורידים, שינויי צבע בעור הרגל וכיבים כרוניים. בנייתוח נכרת הווריד הראשי של המערכת השטחית לכל אורכו ו/או קטעי ווריד מורחבים לאורך הגף, במטרה להפחית את הסימנים והסימפטומים הנובעים מהתרחבות המערכת הוורידית. קיימת אפשרות שהכריתה לא תכלול את הוריד הראשי של המערכת השטחית. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית. שם המטופל: \_\_\_\_\_

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

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ על ניתוח וורידים דליתיים ברגל ימין/ שמאל\* / שתי הרגליים \* (להלן: "הניתוח העיקרי"). (פרט סוג הניתוח)

הוסבר לי כי לא תמיד ניתן להסיר את כל הדליות ולא כל הדליות המורחבות יעלמו בעקבות הניתוח, וכי קיימת סבירות גבוהה יחסית להופעת דליות חדות ונוספות במשך הזמן.

הוסבר לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות וצבען תלויים בתכונות העור וביכולת הריפוי שלו; יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות של רפוי יתר ו/או צלקות קלואידיות (בולטות מעל העור).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, שטפי דם תת עוריים שיכולים להיות ממושטים. לעיתים מופיעה רשת וורידית עדינה באזור כריתת הדליות.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים האפשריים, לרבות: זיהום ודימום, פגיעה עצבית, המתבטאת בהפחתה בתחושה ו/או ברגישות יתר, ו/או בכאבים. שכיחות הפגיעה בתחושה עולה ככל שקטע הווריד הראשי שנכרת ארוך יותר. לעיתים רחוקות, הפגיעה העצבית תישאר קבועה ויידרש טיפול בהתאם. כמו כן קיימת אפשרות היווצרות של בצקת לימפתית באזור הקרסול, שלעיתים נדירות עלולה להישאר קבועה. בנוסף, קיימת אפשרות נדירה של פגיעה בורידים ו/או עורקים גדולים באזור הירך העליונה שתדרוש תיקון מיידי. לעיתים נדירות עלולה להופיע דלקת של כלי הדם הוורידיים העמוקים שתדרוש טיפול בהתאם.

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 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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לתומרי ההרדמה.

הובהר לי שבדרך כלל הניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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, וכי האחראי על הטיפול יהיה \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה	תאריך	שעה	חתימת המטופל
_____	_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/למטופלת של המטופל\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון	מחק את המיותר
_____	_____	_____	_____

מחלקה כירורגית

**ההסתדרות הרפואית בישראל**  
איגוד הכירורגים בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)

