



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

מס' זהות:

שם משפחה:

שם פרטי:

שם האב:

תאריך לידה:

כתובת:

טלפון:

מדבקת פרטי מטופל

הסכמה לניתוח: תיקון עיוותים בעצמות ארוכות CORRECTIVE OSTEOTOMY OF LONG BONES

מטרת הניתוח לתקן עיוות בעצם ולהביאה לעמדה תפקודית ככל האפשר. תיקון העיוות מבוצע באמצעות קיבוע פנימי ו/או קיבוע חיצוני. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או אזורית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז. ת.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם משפחה	שם פרטי		

על ניתוח לתיקון עיוות ביד / רגל * ימין / שמאל * . פרט _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי לא תמיד ניתן להשיג תיקון מלא של העיוות ולעיתים יש צורך בשלב ניתוחי נוסף ו/או בקיבוע חיצוני. הוסבר לי ואני מבין/ה שתהליך השיקום והריפוי כרוך בהגבלות בתנועה ו/או בשימוש במכשירי עזר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הניתוחיות, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן. הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות והגבלה בתנועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; הגבלה בתנועת מפרקים סמוכים; חיבור מאוחר או חוסר חיבור של העצם באזור התיקון, שיצריך קיבוע ממושך בגבס ו/או ניתוחים נוספים; קיצור של הגף המתוקנת; פגיעה בלוחית הגדילה שעלולה לגרום לעיוות ו/או לקיצור הגף בשלב מאוחר; פגיעה בכלי דם או בעצב שעלולה לגרום לנזק ולהצריך תיקון ניתוחי עד כדי קטיעת הגף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 בודאות 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 או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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 החולה
-------	-----	-------------

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

* מחקי את המיותר

מחלקה אורטופדית

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

