



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 לתיקון גף עוותי (ספסטי) CORRECTION OF SPASTIC LIMB

ניתוח לתיקון גף ספסטית נעשה במטרה לשפר את טווח תנועת המפרק/ הגף/ ו/או ציר הגף, במצבים בהם הפרעה נירולוגית, גורמת לקיצור שרירים, סטייה בציר הגף ולהגבלה בתנועת המפרקים. הניתוח כולל שחרור, הארכה, או העברה של השרירים ו/או גידים. הניתוח הינו, בדרך כלל, שלב במגמה להשיג שיפור תפקודי.

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 \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על ניתוח לתיקון גף/ים ו/או מפרקים ספסטי/יים

ציין גפה/ים ואזור/י התיקון

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שהניתוח אינו מטפל בבעיה הבסיסית ותתכן הישנות של ההפרעה התפקודית, בדרגות שונות, שתצריך טיפולים נוספים, כולל ניתוחים. כמו כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה, או שיושג תיקון חלקי, ויהיה צורך בטיפולים נוספים לרבות ניתוחים לשיפור התפקוד.

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 ואי נוחות וכן הגבלה זמנית בתנועה עד כדי הפרעה תפקודית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים של הניתוח, לרבות: זיהום עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית; חולשה ממושכת של השרירים שהוארכו; ובמקרים נדירים פגיעה בכלי דם ובעצבים. 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 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. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, 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 וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____

\* מחקי את המיותר.

מחלקה אורטופדית

**ההסתדרות הרפואית בישראל**  
האיגוד הישראלי לאורתופדיה  
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

