



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: טיפול בדיאליזה ציפקית (PERITONEAL DIALYSIS)

דיאליזה הינה טיפול חלופי לפעילות הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה.

הטיפול מתבצע ע"י החדרת נוזלים לחלל הצפק (פריטוניאום) בבטן באמצעות צנתר. הצנתר מוחזר לחלל הבטן בהרדמה כללית או מקומית. כחלק מהטיפול בדיאליזה ציפקית נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ביקורת תקופתית ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל.

הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, במסגרת טיפולית או בבית. כל טיפול נמשך מספר שעות ולאחר מנוחה קצרה יכול המטופל בדרך כלל, לשוב לעיסוקיו.

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

על הצורך בטיפול בדיאליזה ציפקית. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש. הוסברו לי התופעות הכרוכות בטיפול לרבות חולשה, אי נוחות וכאב בטן.

הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הטיפול: דימום, התקשות הצפק, פגיעה באברים פנימיים, זיהום בתעלה התת עורית מסביב לצנתר, זיהום בצפק עד אלח דם, הפרעה במשק הפחמימות והאלקטרוליטים בגוף, הפרעות לבביות, הפרעות במערכת העיכול, הפרעות במערכת העצבים ההיקפית והמרכזית, מחלות עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתיידות העורקים), דלקת ריאות, נוזל בחלל הריאה, אי ספיקת לב ובצקת ריאות.

אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על הטיפולים החלופיים האפשריים בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בדיאליזה ציפקית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להחדרת הצנתר לבטני לאחר שהובהרו לי הסיכונים האפשריים בבצוע הפעולה לרבות: דימום, זיהום, פגיעה באברי הבטן שלעיתים יצריכו תיקון כירורגי, ובמקרים נדירים ביותר אפילו במוות. הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית; והסיכונים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.

אני יודע/ת ומסכים/ה שהחדרת הצנתר וכל הטיפולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, באחריות המקובלת ובכפוף לחוק, וכי האחראי להכנסת הצנתר יהיה* _____

שם הרופא	תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		

אני מאשר/ת כי הסכמתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס 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	חתימת רופא/ה	מס' רשיון
------------	--------------	-----------

* מלא במקרה של חולה פרטי **מחק את המיותר

