



טופס הסכמה לטיפול ENDOVENOUS LASER בורידי רגליים

מדבקה

אחת השיטות לטיפול בורידים מוחניים ("דליות") הינה אנדוזונוס ליזר. לפי שיטה זו מכנים סיב אופטי של הליזר לתוך הוריד ספרנה גזולה או קטנה ועל ידי הפעלת הליזר, בהנחיית אולטרסאונד, גורמים לשגירת הוריד.

הפעולה מבוצעת בעזרת הרדמת תפיחה (tumescence) כלומר, הזרקת נוזל ייחד עם הרדמה מקומית לרגל לאורך הוריד המיעוד לטיפול. הסיב האופטי של הליזר מוכנס לוריד בשיטת סלдинגר. בנוסף להרדמה "תפיחה" יש לעיתים צורך גם בסדציה או אפיילו הרדמה כללית. הרדם (המטומות) וαι נוחות קליה בהרדמה כללית.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבילתי הסביר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר:

על הטיפול להעמלת וורידים באמצעות אנדו וונוס ליזר ENDOVENOUS LASER

באיוזרים _____ (להלן "הטיפול העיקרי")
(ציין את מקום הטיפול)

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות, בסביבות המקרה, לרבות ניתוח והזרקת קצף. היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצובי. הוסברו לי התוצאות המקומות של הטיפול העיקרי וכן הוסבר לי, שקיים מקרים בהם הוורידים מגיבים חלקית אך לא ניתן להבטיח בוודאות הצלחה מלאה בטיפול בכל הוורידים ברגל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על תופעות הלואאי של הטיפול הרפואי, לרבות כאב, צריבה, אי נוחות, שינוי צבע במקום. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות כאבים של الرجل, נפיחות, דלקת (פליביטיס) לאורך הווריד המטופל, כויה, פגיעה בעצב, תרומבזה בוורידים העמוקים ובמרקם נדרים תשחרף ריאתי, פיגמנציה של העור מעל הווריד המטופל.

הסכםתי ניתנת בהבנה, שככל פולשה פולשנית כולה מידת מסויימת של סיוכנים וסכנות. חלק מהסיוכנים של הפולשה כוללים זיהום, סימום, הצלקות, תגבות רגישות יתר, פגעה בעצב (ודימות או דקירות), הפסקה וורידית עמויקה ופיגמנטציה מפגעה תרמית (כויה) מעל הוריד או מהטרשה.

אני מודעת/^ו ומסכימים/^ה לכך, שהטיפול העיקרי וכל הלייצים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם להללים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי شيء כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבך شيء בשירות המקבלה בסיסד בכפוף לחוק. וכי האחראי על הטיפול יהיה פרופ' ד"ר:

דועו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחירות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שميدע שמעבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי, טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטיים אישיים ופרטיו התקשורות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 (להלן: חוק זכויות החולים) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בכספי להוראות כל דין.
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתיפגע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיויב יהלו דיני מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נטון בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם