

טופס הסכמה לטיפול במחולל גלי רדיו תוך וורידי (ENDOVENUS RADIO - FREQUENCY ABLATION)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר: _____
שם המשפחה _____ שם פרטי _____

אני נותן את הסכמתי לגידום (ablation) של הורידים רגל ימין רגל שמאל על ידי מחולל גלי רדיו תוך וורידי, והטרשת קצף בהכוונת דופלקס ו - Ultrasound Guided Foam Sclerotherapy או SVS (טיפול בקיטור), או כריתת דליות בודדות בדרך חתכים קטנים (PHLEBECTOMY) כטיפול משלים לענפים הגדולים של הורידים שיטופלו על ידי מחולל גלי רדיו.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה ולצילום לצורך תיעוד רפואי. הוסבר לי על ידי הרופא, כי הטיפול השמרני (אגודה אלסטית והליכה) הוא טיפול יעיל בבעייתי אך לאחר הדיון אני מעדיף/ה טיפול פולשני.

אני מבין/ה שהפעולה היא תיקון של אי ספיקה ורידית הנגרמת על ידי זרימה לאחור (למטה) בוריד של הרגל/רגליים (REFLUX) טיפולים חילופיים פולשניים כוללים ניתוח שלפית וריד הצפון (STRIPPING). הטיפול בלייזר תוך וורידי והזרקת חומר מטרש (SCLEROTHERAPY) תוך כדי הנחיית דופלקס (מכשיר הדמיה) כטיפול יחיד לכל הורידים החולים.

הסכמתי ניתנת בהבנה שכל פעולה פולשנית כוללת מידה מסוימת של סיכונים וסכנות. חלק מהסיכונים של הפעולה כוללים זיהום, סימום, הצטלקות, תגובת רגישות יתר, פגיעה בעצב (רדימות או דקירות), הפסקה ורידית עמוקה ופיגמנטציה מפגיעה תרמית (כוויה) מעל הוריד או מהטרשה.

אני מבין/ה שהסיכונים השכיחים יותר הם חבורות (Bruising), כאב, נפיחות בשוק או בקרסול, גושים מתחת לעור וחבורות יכולים להזדקק לשאיבה. התוצאה לא מובטחת כמו בכל טיפול פולשני אחר. אני מבין/ה שאין ערובה לגבי הוצאות הטיפול או ערובה לרפא את מחלת הורידים שלי (כי זו מחלה כרונית). ידוע לי גם כי התוצאות לטווח מעל מספר שנים עדין אינן ידועות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת המוסד בכפוף לחוק. וכי האחראי על הטיפול יהיה פרופי/ד"ר: _____

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מותקבל אודותיי 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, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו.

מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 (להלן: חוק זכויות החולה) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.
בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוטרופוס 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: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם