

טופס הסכמה

לטיפול ENDOVENOUS LASER בוורידים רגליים

מדבקה

אחת השיטות לטיפול בוורידים מורחבים ("דליות") הינה אנדווננוס לייזר. לפי שיטה זו מכניסים סיב אופטי של הלייזר לתוך הוריד ספנה גדולה או קטנה ועל ידי הפעלת הלייזר, בהנחיית אולטרסאונד, גורמים לסגירת הוריד.

הפעולה מבוצעת בעזרת הרדמת תפיחה (tumescence) כלומר, הזרקת נוזל יחד עם הרדמה מקומית לרגל לאורך הוריד המיועד לטיפול. הסיב האופטי של הלייזר מוכנס לוריד בשיטת סלדינגר. בנוסף להרדמה

"תפיחה" יש לפעמים צורך גם בסדציה או אפילו הרדמה כללית. הרדמה "תפיחה" בזמן הפעולה, יכולה לגרום לשטפי דם (המטומות) ואי נוחות קלה בהרדמה כללית.

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

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

על הטיפול להעלמת וורידים באמצעות אנדו ונוס לייזר _____ רגל ימין רגל שמאל

באזורים _____ (להלן "הטיפול העיקרי") _____ (צייני את מקום הטיפול)

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות, בנסיבות המקרה, לרבות ניתוח והזרקת קצף. היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, סיכויי הצלחתן והתאמתן למצבי. הוסברו לי התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי וכן הוסבר לי, שקיימים 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 הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות כאב, צריבה, אי נוחות, שינוי צבע במקום. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות כאבים של הרגל, נפיחות, דלקת (פליביטיס) לאורך הווריד המטופל, כוויה, פגיעה בעצב, טרומבוזת וורידים העמוקים ובמקרים נדירים תסחיף ריאתי, פיגמנטציה של העור מעל הווריד המטופל.

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), הפסקת וורידית עמוקה ופיגמנטציה מפגיעה תרמית (כוויה) מעל הוריד או מהטרשה.

אני נותן/נת 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 במוסד בכפוף לחוק. וכי האחראי על הטיפול יהיה פרופ' 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 מתקבל 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 וישמר 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