

טופס הסכמה לפעולה פולשנית ו/או ניתוח בתקופת התפרצות הנגיף קורונה



מדבקה

אני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי כי בימים אלה יש בישראל התפרצות של מגיפת נגיף הקורונה (להלן: "הנגיף COVID-19") וכי בשלב זה אין טיפול תרופתי ייעודי למחלה שנגרמת על ידי הנגיף COVID-19 וכי אם כי הוא מסכן בעיקר קשישים ואנשים בעלי מחלות רקע (כגון: סכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב, סרטן ועוד), יש בעולם מקרים מדווחים של פטירה מהמחלה גם בקרב אנשים צעירים, ללא מחלות רקע.

אני מצהיר/ה כי לא אובחנתי כחולה בנגיף וכי לא סבלתי במהלך 14 הימים האחרונים ואיני סובל/ת כעת מתסמינים חשודים למחלה, לרבות, חום, כאבי גרון, שיעול, כאבי ראש, קושי בנשימה, אובדן חוש הריח או הטעם, פריחה, חולשה רבה או תסמין חריג אחר.

אני מצהיר/ה כי לא אני ולא איש מבני ביתי שבו מחוייל במהלך 14 הימים האחרונים וכי לא באתי במגע עם חולה מאובחן בנגיף במהלך 14 הימים האחרונים.

אני מצהיר/ה כי ידוע לי שיתכן שאני סובל/ת מן הנגיף אף ללא כל תסמינים בשלב זה, אך תסמינים כאלה יכולים להתפתח בהמשך. כמו כן, ידוע לי כי יש חולים ללא תסמינים, אשר יכולים לגרום להדבקה של אחרים.

אני מצהיר/ה כי הוסבר לי שבמקרה שישתברר כי אני חולה כעת או אדבק בנגיף במהלך תקופת ההחלמה מן הפעולה/הניתוח הדבר עלול להשפיע על מצבי הרפואי ועל תהליך ההחלמה מהניתוח.

אני מצהיר/ה כי הוסבר לי שבמקרה של סיבוך בעקבות הפעולה/ניתוח כמו זיהום או סיבוך אחר כמופיע בטופס ההסכמה עליו חתמתי, הדבר עלול להחליש את המערכת החיסונית שלי ולחשוף אותי להדבקה בנגיף. כמו כן, הדבר עלול להאריך ולהקשות על תהליך ההחלמה מהפעולה/ניתוח וכן למנוע אפשרות לבצע טיפולים מתקנים/נדרשים במהלך המחלה בנגיף.

אני מצהיר/ה כי הוסבר לי שאף שצוות המתקן נוקט אמצעים ומקפיד על הכללים למניעת הדבקה, לא ניתן למנוע באופן מוחלט את סיכון ההדבקה מהצוות, אנשי מקצוע אחרים, מטופלים אחרים, מלווים של מטופלים, וגורמים אחרים, שיש להם גישה למתקן הרפואי.

אני מצהיר/ה כי הוסבר לי שאין, בשלב זה, די מידע על נגיף הקורונה ועל ההשפעה שלו במצבים רפואיים שונים ולכן הצוות הרפואי אינו יכול לצפות את כל ההתפתחויות שעלולות להיגרם כתוצאה מהדבקה בנגיף לפני, בזמן או בסמוך לאחר הפעולה/ניתוח.

אני מצהיר/ה כי לאחר שהוסבר לי והבנתי את הסיכונים הכרוכים בקבלת טיפול בזמן התפרצות מגיפת נגיף הקורונה, כמפורט לעיל, אני, מבקש/ת, כי פרופי/ד"ר: _____ יבצע בי את הפעולה/הניתוח על אף שאין בו צורך דחוף.

אין לי ולא תהיינה לי כל טענות כלפי הרופא או המרפאה במקרה שישתברר שאני חולה בנגיף בסמוך לאחר ביצוע הפעולה / הניתוח על כל הכרוך בכך, ולא תהיה לי תביעה להחזר כספי כלשהו בקשר לכך.

אני מתחייב/ת להמשיך במעקב בהתאם להנחיות הרופא המטפל ולשמור על כללי מניעת הידבקות בנגיף גם לאחר הניתוח בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

אני מתחייב/ת לעדכן את הרופא המטפל על כל שינוי במצבי הבריאותי בתקופת המעקב.

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

כתובת מגורים במהלך 14 הימים האחרונים: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל/אפוטרופוס: _____

שם הרופא _____ חתימה + חותמת _____ תאריך _____ שעה _____