

טופס הסכמה

לניתוח לתפירת גיד/גידים ביד/ים

REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS

מדבקה

הניתוח מתבצע במטרה להחזיר לאצבע את יכולת היישור / הכיפוף, שנפגעו כתוצאה מחיתוך גיד/ים, בניתוח נתפרים הגידים החתוכים ונתפרים קצה לקצה.

אם יתברר בעת הניתוח, שלא ניתן לבצע את תפירת הגידים כאמור, ישתמש המנתח, במידת האפשר, בטכניקה של תפירה חלופית כדי להחזיר לאצבע/ות את יכולת התנועה. בתום הניתוח תקובע היד בגבס למשך 4 - 6 שבועות.

תפרי החתך הניתוחי יוסרו לאחר כ-10 ימים. במהלך תקופה זו ולאחריה, יהיה צורך בטיפול פיזיקלי, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק למשך מספר חודשים.

הניתוח מתבצע בהרדמה אזורית או כללית, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת, החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

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 _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על ניתוח לתפירת REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS גיד גידים, מכופף מכופפים, מיישר מיישרים, יד ימין יד שמאל, אצבע 1 2 3 4 5 (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, לרבות: האפשרות שלא ניתן יהיה לתפור את הגידים כמתוכנן והצורך לבחור בטכניקה חלופית. כמו כן, הוסבר לי, שבחלק ניכר של המקרים לא יתקבל טווח תנועה מלא של האצבעות, כפי שהיה לפני הפגיעה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ונפיחות של היד שיצריכו טיפול. הוסברו לי התופעות הצפויות לאחר הורדת הגבס לרבות קשיון ביד ובאצבעות שונתחו, שיצריך טיפול פיסיקלי למשך מספר חודשים, ולעיתים ניתוח חוזר לשחרר הידבקויות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום וקרע חוזר של הגידים שנתפרו, תיקון הקרע יצריך ניתוח לתפירה חוזרת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה אזורית בשילוב חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה ונזק עצבי ו/או וסקולרי.
אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

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 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.
בחתמתי 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