

טופס הסכמה

לטיפול מטרש (סקלרוטרפיה) בוורידים רגליים

SCLEROTHERAPY

מדבקה

אחת השיטות לטיפול בוורידים מורחבים ("דליות") ובוורידונים ("נימים") בולטים בעור הינה הזרקת חומר מטרש לוריד.

קיימים כיום מספר חומרים המשמשים למטרה זו, הטיפול שהינו קוסמטי בעיקרו, כולל סדרת הזרקות ולאחר מכן אפשרות של חבישת הרגל על פי שיקול הרופא. מספר ההזרקות הנדרש תלוי בפיזור ובכמות הוורידים המורחבים, וניתן לחזור על הפעולה מידי שניים עד שלושה שבועות, התהליך עשוי להימשך מספר חודשים, חומר המטרש מוזרק דרך מחט דקה, ומלווה בכאב קל של הדקירה ובתחושת צריבה בעת הזרקת החומר. העלמות הוורידים או הנימים אינה מוחלטת, והאזור המוזרק עלול לשנות, פעמים רבות, את צבעו באופן גלוי לעין.

הטיפול אינו מונע הופעת וורידים חדשים שעלולים להופיע גם באזור ההזרקה, הטיפול מתבצע בדרך כלל ללא הרדמה.

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 טיפול להעלמת ורידים באמצעות הזרקת חומר SCLEROTHERAPY ברגל ימין ברגל שמאל באזור/ים: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות ניתוח וטיפול בלייזר, 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 או אינם מגיבים כלל לטיפול. במקרים אלה ניתן לחזור על הטיפול אך לא ניתן להבטיח בוודאות הצלחה מלאה בטיפול בכל הוורידים ברגל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, צריבה, אי נוחות, שינוי צבע במקום ההזרקה ו"פסים" בתוואי שהוזרק. בחלק מהמקרים עלול להיוותר פגם אסתטי באזור/י ההזרקה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום מקומי, היווצרות כיב או אזור של נמק במקום ההזרקה שעלול להותיר צלקת בתום תהליך הריפוי. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות. במקרים נדירים, ייתכן שיהיה צורך בנייתוח מתקן באזור הנמק בעור. הוסבר לי כי במקרים נדירים עלולה להיות רגישות של הגוף לחומר המטרש המוזרק לווריד, שיכולה לגרום לתגובה אלרגית מקומית או כללית, במקרים קיצוניים שהם נדירים מאד התגובה האלרגית יכולה להיות קשה.

אני נותן/ת בזאת, את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

אני הח"מ מודע/ת, לכך שיתכן שבמועד שחורוי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית חולים, במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי, לכך שרופא אחר מטעמו יבצע את הליך השחרור שלי.

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. 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 האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפטרופוס 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