

## טופס הסכמה צינתור כלי-דם

### ANGIOGRAPHY

#### מדבקה

צינתור כלי-דם מתבצע לצורך איבחון הצרות, חסימה, מלפורמזיה או מפרצת (אנויריזמה) בכלי הדם, הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתר או מחט, בדרך כלל באזור המפשעה או באזור המותן, בית השחי או באזור אחר, בהתאם לצרכי הבדיקה, דרך הצנתר מוזרק חומר ניגוד והדגמת כלי הדם נעשית באמצעות שיקוף וצילומי רנטגן.

כצינתור טיפולי מבוצע טיפול בכלי הדם על ידי בלון, בלי או עם הכנסת אביזר או תומך (STENT) או טיפול על ידי הזלפת חומר ממיס קרישים, במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מיידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני.

**על המטופל להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוד, קודם לביצוע הבדיקה**

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 הצורך בביצוע צינתור כלי-דם איבחוני ו/או טיפולי, לרבות טיפול על ידי בלון ו/או תומך ו/או טיפול באמצעות חומר ממיס קרישים. פרט טיפול אחר: \_\_\_\_\_

(להלן: "הבדיקה העיקרית") \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות כאב ואי נוחות במקום החדרת הצנתר ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הצינתור לרבות: דימום באיזור הדיקור, סתימה של כלי הדם במקום הצינתור או באזור מרוחק יותר, שטף דם תת עורי, מפרצת מדומה וזיהום. במקרים נדירים עלול להגרם נזק לאיבר או לגף המצונתרים עד כדי אובדן הגף וארוע מוחי, הוסבר לי גם הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר הניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות ובמקרים נדירים ביותר פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות, שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד אחריו יהיה שיש צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות, 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 הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידת הצורך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על הטיפול העיקרי בהרדמה אזוית ו/או כללית לי הוסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית 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.

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 המטופל: \_\_\_\_\_

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