

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 12/16

טופס הסכמה ל

ניתוח תיקון/החלפת מסתם לבבי Heart Valve Repair/Replacement

ניתוח תיקון מסתם לבבי הינו ניתוח לב בו מתוקן מסתם לבבי פגום. במהלך ניתוח לתיקון מסתם לבבי יכולה להתקבל החלטה כי המסתם אינו בר-תיקון ויש הכרח להחליפו.

ניתוח החלפת מסתם לבבי הינו ניתוח לב בו מוחלף מסתם לבבי פגום במסתם תותב מלאכותי, שיכול להיות מסתם מכאני או מסתם ביולוגי שנלקח מחיה. מסתם תותב מכני מחייב שימוש קבוע בתרופה לדילול הדם (קומדין) לאחר השתלתו, ואילו מסתם תותב ביולוגי נוטה עם השנים לבלאי המחייב את החלפתו.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, תוך שימוש במכונת לב-ראות, לרוב דרך חתך אנכי במרכז עצם החזה, ולעיתים בחתך בצד השמאלי או הימני של דופן בית החזה.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, המהלך החזוי והתופעות הכרוכות בשלבי ההחלמה השונים לרבות תופעות הלוואי לאחר הניתוח, ובכללן כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, אירוע מוחי, נזק לשריר הלב או לכלי הדם, הפרעה בקצב הלב (כולל אפשרות להזדקקות להשתלת קוצב לב קבוע), או פגיעה באיבר מרוחק בשל הפרעה בזרימת הדם אליו.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול להיווצר צורך בביצוע ניתוח חוזר.

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני מאשר/ת כי הוסבר לי ששיעור התמותה הצפוי בניתוח האמור תלוי בגיל, בתפקוד הלב לפני הניתוח ובגורמי סיכון נוספים.

אני מצהיר/ה כי קיבלתי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד.

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, מניעת נזק גופני לרבות פעולות טיפוליות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי כי הניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הניתוח העיקרי עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המטופל

שעה

תאריך

חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס / למתרגם של החולה (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת

