

טופס הסכמה: צינתור לב CARDIAC CATHETERIZATION

צינתור לב מתבצע לצורך הדגמה ו/או טיפול בכלי הדם של הלב ו/או בלב עצמו. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתרים דרך עורק פריפרי עד לאזור הלב ו/או לעורקים הכליליים המזינים את הלב, תחת שיקוף וצילומי רנטגן. באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים.

בצינתור טיפולי מבצעים פעולות תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אבזורים יחודיים המותקנים על גבי הצנתרים, כולל תומך (STENT). במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מיידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני. על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוז, קודם לביצוע הבריקה.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם משפחה	שם פרטי		
על הצורך בביצוע צינתור לב איבחוני ו/או טיפולי לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים בעזרת בלון ו/או אבזורים אחרים. * פרט טיפול אחר:			

(להלן: "הטיפול העיקרי").

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

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום. הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת הלב, וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיכונים אלו להסתיים אף במוות.

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו, יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי כולל, פעולה צינתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותו שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יהיה צורך לביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)		
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס 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/ה	חתימה	מס' רשיון
* מחק את המיותר		