

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: צינתור לב מבני CARDIAC CATHETERIZATION

צינתור לב מבני מתבצע לצורך טיפול במסתמי הלב או בלב עצמו. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או בהרדמה כללית על פי סוג הפעולה ושיקול דעתו של הרופא, באמצעות החדרת צנתרים דרך עורק או וריד פריפרי עד לאזור הלב, תחת שיקוף, צילומי רנטגן ולעיתים גם בהנחיית סונר (אולטרה-סאונד). באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים ומבצעים פעולת תיקון מקומית במסתמי הלב או בלב עצמו בעזרת אביזרים יחודיים המותקנים על גבי הצנתרים.
על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות לiod, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
_____	_____	_____	_____

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע צינתור לב מבני לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול במסתם הלב ו/או אביזרים 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 אוטם שריר הלב או פגיעה אחרת במבני הלב השונים, אירוע מוחי, צורך בקוצב לב, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום. הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתפקוד הכליות והחמרה במחלת הלב, וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיכונים אלו להסתיים אף במוות.

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים 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 לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי כולל, פעולה צינתורית טיפולית נוספת, ניתוח לב 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.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאתר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא/ה

* מחק את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הקרדיולוגי בישראל

