

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 12/16

טופס הסכמה ל

ניתוח מעקפים Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)

ניתוח מעקפים הינו ניתוח לב בו מחודשת אספקת הדם העורקי הלקויה לשריר הלב באמצעות חיבור עורקים (הנלקחים לרוב מצידה הפנימי של דופן בית החזה או מאחת הידיים) ו/או ורידים (הנלקחים מהרגליים) לעורקים הכליליים המזינים את שריר הלב המוצרים או החסומים, כתוצאה מטרשת העורקים.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, לרוב תוך שימוש במכונת לב - ראות, ולעיתים בלא שימוש במכונה, בהיות הלב פועם. החתך הניתוחי הינו לרוב חתך אנכי במרכז עצם החזה, ולעיתים בחתך בצד השמאלי 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
----------	---------

על הצורך בביצוע ניתוח לב פתוח (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות 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 שיעור התמותה הצפוי בניתוח האמור שתלוי 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 אחת.

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 שיהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית וכי ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

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

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם אפוסטרופוס (קירבה למטופל)		
חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)		

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.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
שם המתרגם/ת		
קשריו לחולה		