

ביצוע ארתרוסקופיה של הברך במרפאה והזרקת PRGF

ARTHROSCOPY OF THE KNEE

ארתרוסקופיה של הברך מתבצעת במטרה לאבחן פגיעות או ננזקים על רקע חבלות, מחלות או תהליכים ניווניים. דרך חתכים קטנים מיוחדים לברך מכשירי ראייה (אופטיקה). מספר החתכים ומיקומם נקבע לפי צרכי הניתוח ושיקולו של הרופא האחראי תוך כדי ביצוע הפעולה). הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית.

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 לבצע ארתרוסקופיה אבחנתית בברך ימין/שמאל והזרקת PRGF * (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי הטיפולים החלופיים וסיכויי ההצלחה של הניתוח העיקרי לרבות האפשרות של הישנות הנזק המקורי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, נפיחות, הגבלה בתנועה ואי נוחות שיימשכו מספר שבועות ויחייבו מנוחה וטיפול נגד כאבים. כמו כן ברוב המקרים נדרש טיפול פיזיותרפי אחרי הניתוח.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום, פגיעה בכלי דם, פגיעה עצבית, מוטורית ו/או תחושתית, פגיעה בתחושת עור השוק החיצוני, דיסטרופיה סימפטטית (RSD), קרישי דם בוורידים העמוקים (DVT), קרעים ברצועות או נזק מכלי הניתוח. סיכונים אלה נדירים מאוד. הוסברה לי האפשרות, כי יתכן צורך בפרוצדורות נוספות לתקן סיכונים אלה ולא מן הנמנע כי ישאר נזק קבוע שאיננו ניתן לתיקון. הוסבר כי במהלך הפעולה יוזרק למפרק PRGF, והובהרו סיכויי הצלחת הפעולה והסכנה בזיהום תוך מפרק, הוסבר כי במידה ויגרם זיהום כתוצאה מהפעולה יהיה צורך בניתוחים נוספים וטיפול אנטיביוטי ממושך. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה* _____

שם הרופא

חתימת החולה

שעה

תאריך

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חתימת הרופא ומס' רישיון

שם הרופא/ה

