



## טופס הסכמה: טיפול בהמודיאליזה HEMODIALYSIS

דיאליזה הנו טיפול חלופי לפעילותן הטבעית של הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות מתקדמת. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה.

מכונת הדיאליזה מסננת ומנקה את הגוף מחומרי פסולת, במקום הכליות. לצורך חיבור החולה למכונת דיאליזה יש להכין בנייתוח חיבור בין עורק לווריד באחת הגפיים (דלף, SHUNT). במקרים מסוימים, בהעדר דלף כזה, מוחדר צנתר זמני לאחד מוורדי הגוף. החדרת המחט לדלף או לווריד עלולה להכאיב וניתן לבצעה תחת הרדמה מקומית.

כהשלמה לדיאליזה נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל.

הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, ביחידת דיאליזה בבית חולים או בקהילה. משך הטיפול מספר שעות ולאחר מנוחה יכול המטופל, בדרך כלל, לשוב לענייניו.

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 לטיפול בהמודיאליזה. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: חולשה, אי נוחות וכאב בעת החדרת המחט לדלף או לווריד. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול: זיהום במקום הדלף או זיהום כללי (אלח דם), הפרעות לבביות, ירידה בלחץ דם, דימום כתוצאה מנטילת תרופות נוגדות קרישה, חוסר דם (אנמיה) כתוצאה מנטילת דגימות דם מרובות ואיבוד דם בעת הפעולה, הפרעות במערכת העיכול, מחלת עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתיידות העורקים), מחלות הקשורות במערכת העצבים, תסחיף אויר העלול לגרום (במקרים נדירים) לשיתוק ואף למוות ושקיעת עמילואיד באיברים שונים.

אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על דרכי הטיפול החלופיות להמודיאליזה, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בהמודיאליזה.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לניתוח דלף (SHUNT) בהרדמה מקומית ובמידת הצורך בהרדמה כללית. הוסברו לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.

הוסבר לי שהחדרת צנתר זמני, בהעדר דלף, כרוכה בכאב ועלולה להסתבך בזיהום מקומי או כללי קל עד חמור. דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם גדול עלול להצריך ניתוח לתיקון הנזק. אם הצנתר מוחדר לווריד התת בריחי, יש סכנה של חזה אויר שיצריך החדרת נקז לבית החזה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל טיפולי הדיאליזה יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית חולים/יחידה בקהילה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה\* \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסולת 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 \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\* מלא במקרה של חולה פרטי  
\*\* מחק את המיותר