



מרכז רפואי
מעניי הישועה
מקצועי ואיכותי

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 פעולת תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אביזרים 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 התולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוד, 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 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 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 במפשעה 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 ודיהוב. 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 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 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 יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

"ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא".

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

תמצית ההסבר שניתן למטופל.....

 הערות:.....

 הערת הסכמה – מקום שיחת ההסכמה:.....



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הקרדיולוגי בישראל



נוכחים בשיחה:

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

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 לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה	מס' רשיון
------------	-------	-----------

