



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. בצנתור טיפולי מבצעים פעולת תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אביזרים ייחודיים המותקנים על גבי הצנתרים, כולל תומך (STENT).

במקרים בהם במהלך צנתור אבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מייד, מבוצע הצנתור הטיפולי בהמשך לצנתור האבחוני.

על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כלייתית ו/או רגישות ליוז, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בביצוע צנתור לב אבחוני ו/או טיפולי לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים בעזרת בלון ו/או אביזרים אחרים*.
פרט לטיפול אחר

(להלן: "הטיפול העיקרי") _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי-נוחות במקום החדרת הצנתר (בשורש כף היד או המפשעה) ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום. הוסבר לי גם הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות.

הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיבוכים 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 למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי כולל, פעולה צנתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן 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 לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
שם הרופא	חתימה	מס' רישיון

* מחקי/ את המיותר.