



## טופס הסכמה לניתוח לשחרור "אצבע הדק"

### RELEASE OF TRIGGER FINGER

#### מבדקה

"אצבע הדק" היא תוצאה של פגיעה בגידים המכופפים של האצבע, בדרך כלל, מסיבה לא ברורה. הניתוח נועד לאפשר תנועה תקינה של האצבעות, על ידי שחרור הגיד הפגוע. החתך נסגר בתפרים שיווסרו לאחר כ-10 ימים, הטיפול בא"אצבע הדק" כולל גם טיפול פיזיותרפי לאחר הניתוח.

הניתוח מתבצע בהרדים מקומיות ו/או אзорיות, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת, החסימה עלולה לגרום לחששה של לחץ בזרוע.

שם המטופל: \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_  
שם האב \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_  
שם המשפחה \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח לתיקון "אצבע הדק" RELEASE OF TRIGGER FINGER ביד  ימין  שמאל באצבע  5  4  3  2

1 (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המוקוט של הניתוח העיקרי, שאמור לפתור את הבעיה ברוב המקרים.  
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואין לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ושטפי דם מקומיים הנטאפים מאליהם.  
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: הדבקויות והגבלה בתנועה אשר יצרכו פיזיותרפיה ממושכת, זיהום באזורי הניתוח ופגיעה עצבית אשר בדרך כלל חולפת, סיבוכים אלה עלולים להזכיר ניתוח חוזר לתיקון הפגיעה.  
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברי לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתרברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלה חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירוריות נוספות, שלא ניתן לצפות בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם באותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירוריות שלדעת רופאי TLV רפואי היינו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכםתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או סקומיי בהרדמה אזורית.

אם יהיה צורך ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי מודדים.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי והליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם להנחיות ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה, כולה או חלקם בידי אדם מסוים, ובכלל שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.



העיקרי כאמור לעיל. הסכמה זה וכן כל הרכבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח בחתימתה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לbijouter הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן כל הרכבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח בחתימתה אני מודיע שמיידע שמוuber לא- TLV מדיקל (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מותקבל אודוטטי מכל מקור אחר, לרבות אני מסכים לכך שמיידע שמוuber לא- TLV מדיקל (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מותקבל אודוטטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמופיע לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטיו התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במגורי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך וקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישים (לרובות הרופא המתפלג והגורם המביטה) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנבע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בכללות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

### שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה לעיל בפיווט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר שוכנעתי כי הבינו/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם