

## טופס הסכמה : ניתוח לשחרור "אצבע הדק" **RELEASE OF TRIGGER FINGER**

"אצבע הדק" היא תוצאה של פגיעה בגידים המכופפים של האצבע, בדרך כלל, מסיבה לא ברורה. הניתוח נועד לאפשר תנועה תקינה של האצבע/ות, על ידי שחרור הגיד הפגוע. החתך נסגר בתפרים שיוסרו לאחר כ-10 ימים. הטיפול ב"אצבע הדק" כולל גם טיפול פיזיותרפי לאחר הניתוח. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית ו/או אזורית, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

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 ניתוח לתיקון "אצבע הדק" ביד ימין/שמאל\* באצבע 1/2/3/4/5\* (להלן "הניתוח העיקרי").  
הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, שאמור לפתור את הבעיה ברוב המקרים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ושטפי דם מקומיים הנספגים מאליהם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: הדבקות והגבלה בתנועה אשר יצריכו פיזיותרפיה ממושכת, זיהום באזור הניתוח ופגיעה עצבית אשר בדרך כלל חולפת. סיבוכים אלה עלולים להצריך ניתוח חוזר לתיקון הפגיעה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי 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 וסקולרי בהרדמה אזורית.

אם יהיה צורך בביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד ככפוף לחוק.

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

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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 \_\_\_\_\_

\*מחקר/י את המיותר