

טופס הסכמה: השתלת קוצב דפibrילטור

ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) Implantation

השתלת קוצב דפibrילטור, (להלן: "המכשיר"), מיועדת להגן מפני הפרעות קצב מהירות שעלולות לסכן את חיי החולה. ההשתלה כוללת החדרת אלקטרודות דרך הורידים אל הלב תחת שיקוף, או החדרת אלקטרודות אל מתחת לעור. האלקטרודות מחוברות לקוצב הממוקם מתחת לעור. במהלך ההשתלה יגרמו באופן מכוון הפרעות קצב, המיועדות לבחינת יעילות המכשיר. הפסקתן באמצעות שוק חשמלי גורמת לאי נוחות ועלולה להכאיב. הטיפול מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית, עם או בלי מתן חומרי הרגעה.

שם החולה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר			פרופ' תרצה פוקס	
			שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בהשתלת קוצב לב דפibrילטור (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שברוב המקרים לאחר השתלת המכשיר, תמנענה התופעות של הפרעות הקצב. אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות באיזור השתלת הקוצב, שעלול להפריע להפעלת היד בצד ההשתלה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות:

- ❖ נזק לקרום הריאה ואפשרות של ניקוב הריאה על ידי מחט, מה שמחייב לעיתים הכנסת נקז לחלל בית החזה.
- ❖ התנקבות דופן הלב שעלולה, לעיתים נדירות, לגרום לדליפת דם משמעותית שתצריך ניקוז של חלל קרום הלב על ידי דיקור במחט ולעיתים אף ניתוח דחוף.
- ❖ תזוזת אחת האלקטרודות ממקומה המצריכה ניתוח חוזר על מנת למקמה מחדש.
- ❖ שטף דם באיזור ההשתלה המצריך לעיתים פתיחה וניקוז.
- ❖ זיהום באיזור הניתוח שעלול לחייב הוצאת המערכת ולעיתים גם טיפול אנטיביוטי ממושך.
- ❖ ירידות לחץ דם במהלך הפעולה שעלולות לגרום לירידה בזרימת הדם למוח ולעיתים נדירות עלולות לגרום לנזק דמוי אירוע מוחי (CVA).
- ❖ החמרה של תופעות אי ספיקת לב, כולל אפשרות של בצקת ריאות שעלולה להביא לצורך בהנשמה בעת הפעולה או אחריה.
- ❖ הוסבר לי שגם לאחר ההשתלה אפשריים לאורך השנים, מספר סיכוכים הקשורים לחיים עם המכשיר, לרבות:
- ❖ שברים באלקטרודות או בבידודן, שעלולים לחייב ניתוח חוזר.
- ❖ תקלות טכניות במכשיר עצמו שעלולות, במקרים נדירים להביא לצורך בהחלפתו.
- ❖ השוק החשמלי הניתן על ידי המכשיר, עלול להיות מכאיב ועלול במקרים מסויימים להינתן גם ללא הפרעת קצב בשל זיהוי לא נכון על ידי המכשיר. שכיחות כל אחד מהסיכוכים שהוזכרו נמוכה יחסית. במקרים נדירים עלולים סיכוכים אלה לגרום למוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו 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 הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית והרגעה כללית, לאחר שהוסבר לי שהשימוש בתרופות הרגעה עלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה והפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה, וכן הסיכון האפשרי של תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה המקומית.

אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול 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 בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס	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.	פרופ' תרצה פוקס	
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

* מחקי את המיותר