

טופס הסכמה: טיפול בדיאליזה ציפקית (PERITONEAL DIALYSIS)

דיאליזה הינה טיפול חלופי לפעילות הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה.

הטיפול מתבצע ע"י החדרת נוזלים לחלל הצפק (פריטוניאום) בבטן באמצעות צנתר. הצנתר מוחדר לחלל הבטן בהרדמה כללית או מקומית. כחלק מהטיפול בדיאליזה ציפקית נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ביקורת תקופתית ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל.

הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, במסגרת טיפולית או בבית. כל טיפול נמשך מספר שעות ולאחר מנוחה קצרה יכול המטופל בדרך כלל, לשוב לעיסוקיו.

שם החתום	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 בטיפול בדיאליזה ציפקית. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש. הוסברו לי התופעות הכרוכות בטיפול לרבות חולשה, אי נוחות וכאב בטן.

הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הטיפול: דימום, התקשות הצפק, פגיעה באברים פנימיים, זיהום בתעלה התת עורית מסביב לצנתר, זיהום בצפק עד אלח דם, הפרעה במשק הפחמימות והאלקטרוליטים בגוף, הפרעות לבביות, הפרעות במערכת העיכול, הפרעות במערכת העצבים ההיקפית והמרכזית, מחלות עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתיידות העורקים), דלקת ריאות, נוזל בחלל הריאה, אי ספיקת לב ובצקת ריאות.

אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על הטיפולים החלופיים האפשריים בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בדיאליזה ציפקית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להחדרת הצנתר לבטני לאחר שהובהרו לי הסיכונים האפשריים בבצוע הפעולה לרבות: דימום, זיהום, פגיעה באברי הבטן שלעיתים יצריכו תיקון כירורגי, ובמקרים נדירים ביותר אפילו במוות. הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית; והסיכונים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני יודע/ת ומסכים/ה שהחדרת הצנתר וכל הטיפולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, באחריות המקובלת ובכפוף לחוק, וכי האחראי להכנסת הצנתר יהיה*.

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

אני מאשר/ת כי הסכמתי 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	חתימת רופא/ה	מס' רשיון

* מלא במקרה של חולה פרטי **מחק את המיותר