

HEMODIALYSIS טופס הסכמה: טיפול בהמודיאליזה

דיאליזה הנו טיפול חלופי לפעילותן הטבעית של הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות מתקדמת. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה. מכונת הדיאליזה מסננת ומנקת את הגוף מחומרי פסולת, במקום הכליות. לצורך חיבור החולה למכונת דיאליזה יש להכין בניתוח חיבור בין עורק לוריד באחת הגפיים (דלף, SHUNT). במקרים מסוימים, בהעדר דלף כזה, מוחדר צנרת זמנית לאחד מורידי הגוף. החדרת המחט לדלף או לוריד עלולה להכאיב וניתן לבצע תחת הרדמה מקומית. כהשלמה לדיאליזה נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל. הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, ביחידת דיאליזה בבית חולים או בקהילה. משך הטיפול מספר שעות ולאחר מנוחה יכול המטופל, בדרך כלל, לשוב לענייניו.

שם החולה _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך לטיפול בהמודיאליזה. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: חולשה, אי נוחות וכאב בעת החדרת המחט לדלף או לוריד. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים של הטיפול: זיהום במקום הדלף או זיהום כללי (אלח דם), הפרעות לבביות, ירידה בלחץ דם, דימום כתוצאה מנטילת תרופות ונגודת קרישה, חוסר דם (אנמיה) כתוצאה מנטילת דגימות דם מרובות ואיבוד דם בעת הפעולה, הפרעות במערכת העיכול, מחלת עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתיידות העורקים), מחלות הקשורות במערכת העצבים, תסחיף אויר העלול לגרום (במקרים נדירים) לשיטוק ואף למוות ושקיעת עמילואיד באיברים שונים. אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על דרכי הטיפול החלופיות להמודיאליזה, האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בהמודיאליזה. הסכמתי ניתנת בזאת גם לניתוח דלף (SHUNT) בהרדמה מקומית ובמידת הצורך בהרדמה כללית. הוסבר לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית. הוסבר לי הסיכונים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז ססיות דם, וקריופוציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לוריד, 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 תקופת 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, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת. הוסבר לי שהחדרת צנטר זמני, בהעדר דלף, כרוכה בכאב ועלולה להסתבך בזיהום מקומי או כללי קל עד חמור. דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם גדול עלול להצריך ניתוח לתיקון הנזק. אם הצנטר מוחדר לווריד התת בריחי, יש סכנה של חזה אויר שיצריך החדרת נקז לבית החזה. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל טיפולי הדיאליזה ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית חולים/יחידה בקהילה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה*

שם הרופא _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

* מלא במקרה של חולה פרטי ** מחק את המיותר _____ שם הרופא/ה _____ חתימת רופא/ה _____ מס' רשיון _____