



תאריך 11/1/21

מצב הנחיה / פליאה / מובלל / אי שקט / רדום / ללא הכרה מסיבה אחרת
אודת נשימות: רגילה / שטעל / מאומצת / מומעם

נשימות לדקה: _____ צורת נשימה: רגילה / שיעור / מאומצת / מנועם

☐ מתן דם: כן/לא/ל.ר.

נפילות: כן/לא/ל.ר.

□ כאב (המשך טיפול במחלקה): כן/לא/ל.ר.

הדמיה: כן/לא/ל.ר.

ניתור: כן/לא/ל.ר.

10/1/73

❑ טיפול תרופתי: כן/לא/ל.ר.

סיבה לאי מתן הדרכה: רדום / לא משתף פעולה / אין משפחה / מונשם

21

MODIFIED ALDRETE 0510

אנחנו:

מאזן נזילים

	תאריך שטחור:	11/11/20	תאריך קבלה:	11/11/20
	שעה:	13:30	שעה:	12:00
פעילות				
מיוני 4 גפנים	2		2	
מיוני 2 גפנים	1		1	

נשימה		
נשים עומק ויכול להשתעל	2	(2)
קוצר נשימה	1	1
דום נשימה	0	0
לחץ דם		
בתוחים של 20% מהבסיס	2	(2)
20%-50% מהבסיס	1	1
50% מהבסיס	0	0
הפרת		
מלאה	2	(2)
ניתן לדעת	1	1
החולה אינו מניב	0	0
סטורציה		
סטורציה > 92% באויר החדר	2	2
סטורציה > 90% עם תמיכות חמצן	1	1
פחות מ - 90% עם תמיכות חמצן	0	0
ציון בשחרור:	א	ציון בקבלה:

[illegible]

התאוששות OUTPUT

חזר ניתוח OUTPUT

ALL:

44

344

מאמר:

שם כירורג בודק בהתאם לצורך: _____
שעה: _____

(V.A.S. / B.P.S.N.I. / B.P.S. / P.A.I.N.A.D. / FLACC סולמות 7777): (עפ"י)

01 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

אנדרגיס בשחרור:

נקזים בשחור:

ניתן לשחרר למחלקה רק בציון 9/10 או בהתאם למצבו הפיזי של החולה לפי הוראת מרדכי.

נגינתו לשחרר למחלקה רק בציון 9/10 או בהתאם למצבו הנסייני של החולה לפי הוראת מרדכי.

התאוששות

מחר נכתוב OUTPUT

מאזן סיכומי:

שם פירוט בדק בהתאם לצורך: _____

שעה: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

נקזים בשחרור:

[illegible]

תאריך

מס' תיק
186346
7.D

תרופות שהחולה מקבל בהעברתו:

שעה

החולה עובר ל: 61/6

הדוצעה טלפונית נמסרה לאחר/אח:

מסכת המצן % _____
משקפי המצן _____
L/min _____
בדיקות שונות:

Work on wheels

החולה עובר בליוי:

☐ רגא

☐ חרות

☐ אולקאי

☐ משפחה

הערות:

פאנאל

שם מחברת וטא עמית:

עלעזעס וואו ער האט געוואלט:

שם: _____
 חתימת רופא: _____
 שעה: 17:00
 תאריך: 24/11/15
 חתום: ד"ר דניאל גולדברג
 חתום: ד"ר דניאל גולדברג

הערות

חתימה של חוזמא חנה על כל המסמכים המופיעים בדף זה:

תחילת מבצע	תחילת מבצע	שנת ביטול	T
WHEN VAS > 3, BPS > 6			
6119	6119		

חתימה	חתימה	שם	מס'
[Signature]	[Signature]	[Signature]	79
	068346.10		11

[illegible]

חתימה	חתימה	שם	ת"י
מפקד	מפקד	ביתא	

[illegible]

[illegible]

נתוני אב מטופל
שם: דרוביצקי אדוארד
גיל: 31 ש
יח. יוזמת:
מ.ז. 34533506-1
מין: ז
חדר ניתוח: חנ-כללי
מקרה: 11271929

בקה סיעודית - קבלת חולה בחדר ניתוח

רמת הכרה: מלאה סוג ניתוח: KNEE ARTHROSCOPY

דרוביצקי אדוארד
31 איגור
34533506-1 מ.ז.
10.01.21 ארטופדיה
ארטופדיה
11271929 מקרה
מ.ר. וולפסון

בדיקת פרמטרים סיעודיים
זיהוי חולה + ענידת צמיד זיהוי
התאמת נתוני חולה מול גליון
הימצאות מדבקות בגיליון
מגבלות גופניות (חירשות, אילמות, עיוורון, קוצב)
צום משעה: 00:00:00
הסרת שיער ממקום הניתוח
הסרת לק/איפור
הסרת חפצי ערך ובגדים (הפקדה לפי הנוהל)
הסרת תותבות
אגדים/גרביים אלסטיות
מחזור חודשי - טמפון/פד
תאריך וסת אחרון 00.00.0000
ריקון שלפוחית שתן

בוצע
בוצע
בוצע
בוצע
בוצע
לא רלוונטי
לא רלוונטי
בוצע
בוצע
לא רלוונטי
לא רלוונטי
לא רלוונטי
בוצע

בדיקת פרמטרים רפואיים
מחלות זיהומיות/מדבקות ביוהזרד
א.ק.ג.
דם לסוג והצלבה
מנות דם
ממצאי דימות רלוונטים
הסכמה חתומה לניתוח
אישור אפוטרופוס/טופס פעולה דחופה
הסכמה חתומה להרדמה
מתן פרמדיקציה
סימון איבר/צד/אזור הניתוח
הימצאות עירוי
ציוד ניתוח ייחודי מצורף
מונשם
שימוש בסמים / אלקוהול
התראות ורגישויות

בוצע
לא רלוונטי
לא רלוונטי
לא רלוונטי
לא רלוונטי
בוצע
בוצע
בוצע
בוצע
לא רלוונטי
לא רלוונטי
לא רלוונטי
בוצע

ניתוחי יום

בדיקת המטופל בחדר קבלה

המטופל מוכן לניתוח
הסבר על הסביבה הפיזית
מסירת מידע הדרכת מטופל למניעת נפילות

09:55:45 שעה

11.01.2021 תאריך

חתימה ותאריך
נבדק ע"י די. ברמן

החתימה והתאריך
החתימה והתאריך
החתימה והתאריך

דרכי ציפי אדוארד
איגור
מ.ד.
אורטופדיה
אורטופדיה
מקרה
11271929
מ.ר. וולפסון

רגישות

תאריך: _____

שעה: _____

ארתרוסקופיה – פקודת רופא לתרופות הניתנות בזמן ניתוח

[illegible]

רשימת תיוג - הכנת חולה לניתוח

מרכז הרפואי ורפואת הילדים
ע"ש אדית וולכסון



דרוב'צקי אדוארד
איגור
31
34533506-1
מ.ד.
10.01.21
אורטופדיה
אורטופדיה
מקרה:
11271929



מ.ר. וולפסון

מחלקה אורולוגיה

בידוד

רגישות

BIOHAZARD

מגע ☐ טיפתי ☐ אווירני ☐

שם הניתוח (מילוי ע"י רופא):

נושא	מדד	אישור רופא/ה		אישור אח/ות ערב הניתוח	אישור אח/ות ביום הניתוח
		בוצע (V)	לא רלבנטי (-)		
זיהוי חולה	קריאה מילולית בשם החולה	☒		☒	☐
	ידון	☒		☐	☐
	שילוט על גבי המיטה			☐	☐
	בדיקת התאמת מדבקות הזיהוי למטופל (ידון, מדבקות, מיטה)			☐	☐
קבלה	קבלה רפואית	☒		☒	☒
	תיק מרפאה	☐	☐	☐	☐
בדיקות דם	ספירת דם	☒		☒	☒
	כימיה	☒		☒	☒
	תפקודי קרישה	☒		☒	☒
	דם לסוג והצלבה - מס' מנות שהוזמנו: _____ - אחר (טסיות, FFP וכו'): _____	☐	☒	☐	☐
זיהומים	☐ הפטיטיס ☐ שחפת ☐ KPC ☐ אחר _____ בידוד: ☐ כן ☐ לא	☐	☐	☐	☐
בדיקות עזר	אק"ג	☒			EKG
	צילום חזה + פענוח	☐			
	CT ☒ MRI ☐ מיפוי עצמות ☐ US ☐ אחר _____	☐			
		☐			
ייעוצים	☐ קרדיולוג ☐ פנימאי ☐ ריאות ☐ קוצבים אחר: _____	☐	☒	☐	☐
הסכמות	הסכמה לניתוח בטופס ייעודי	☒		☒	☒
	הסכמה להרדמה	☒		☒	☒
	הסכמה למתן דם ומוצריו	☐	☐ סירוב	☐	☐
	כתב מינוי אפוסטרופוס/ייפוי כוח	☐		☐	☐
	הסכמה לקבורת איבר	☐	☒	☐	☐



רשימת תיוג - הכנת חולה לניתוח

ע"ש אדית וולפסון



נושא	מדד	אישור רופא/ה		אישור אח/ות ערב הניתוח	אישור אח/ות ביום הניתוח
		בוצע (V)	לא רלבנטי (-)		
אנטיביוטיקה מניעתית:	סוג מינון	☐		COVID-19 נלקחה בדיקה: ☐ לא ☒ כן תאריך הבדיקה: 10/11 ☐ חיובי ☒ שלילי בידוד: ☐ כן ☒ לא ☐ מחלים	
סימנים חיוניים	מדידת סימנים חיוניים			שעה 19:00 ל"ד 197/110 דופק 82 חום 36.7 סוכר - שעה 19:00 ל"ד 197/110 דופק 82 חום 36.7 סוכר -	משקל (ילדים): מתן תרופות שעה ☐ מתן תרופות שעה ☒
הכנה טרום ניתוחית	פרמדיקציה	☒			
	סימון האיבר המנותח	☒			
	אזור הניתוח נבדק ומוכן לניתוח (ללא סימני זיהום, שלפוחיות או נפיחות)	☒			
	הפסקת נוגדי קרישה	☐	☐	☐	☐
	מתן קלקסן מניעתי	☐	☐	☐	☐
	אגדים אלסטיים למניעת DVT	☐	☐	☐	☐
	מכשירי קומפרסיה פנאומטיים	☐	☐	☐	☐
	הכנת מעיים (ע"פ פרוטוקול מח')	☐	☐	☐	☐
	מתן תרופות קבועות + אינהלציה			☒	☐
	צום משעה 3 א, הסבר למטופל, שילוט על המיטה			☒	☐
	מסירת מידע לבן משפחה/אחר (ע"פ הסכמת המטופל)	☐		☒	☐
	הסרת דברי ערך, תכשיטים, פירסינג, מכשיר שמיעה, שיניים תותבות ועוד			☒	☐
	רחצת הגוף וחפיפת הראש			☒	☐
	רחצת אזור הניתוח ב-SEPTAL SCRUB			☒	☐
	אומדן שלמות עור טרם ניתוח			☒	☐
הדרכת מטופל לניתוח ע"פ פרוטוקול מחלקתי			☐	☐	
הלבשת כותונת סינר			☐	☐	
וידוא ריקון שלפוחית שתן			☐	☐	
אביזרים נלווים שלא הוסרו			☐	☐	
מלווים	מלווה לחולה (ע"פ הסכמת המטופל)			☐	☐
חתימה	תאריך: 10/11/20			10/11/20	10/11/20
	שעה: 19:00			19:00	19:00
	חתימה:				

שעת העברה מהמחלקה לחדר הניתוח

דרוביצקי אדוארד
איגור
מ.ז. 31
34533506-1
אורטופדיה
10.01.21
מקרה: 11271929
מ.ר. וולפסון

11.1.21
כירורג משתתף בניתוח

תאריך הניתוח: 11.1.21
שם הפרוצדורה: Knee Arthroscopy

1. בחדר קבלה	2. טרום הרדמה התהליך יבוצע בנוכחות כירורג משתתף בניתוח, המרדמים והאחות חדר ניתוח בשיתוף המטופל - Sign In	3. טרום חתך - יבוצע ע"י כירורג משתתף בניתוח Time Out -
1. כירורג המשתתף בניתוח מוודא זהות המטופל: בעזרת 2 אמצעי זיהוי פרוצדורה, אתר וצד נכונים: לא סימון אתר הניתוח: כן לא לר. רשומה רפואית מלאה: כן לא קיום בדיקות כולל דימות נדרשות: כן לא לר. הסכמה לניתוח: כן לא הסכמה/סירוב לקבלת דם: כן לא לר. דם ציוד הנדרש ומשתלים: כן לא לר. צורך בהזמנת דם: כן לא צורך בהזמנת TS: כן לא הימצאות מכונת שיקוף וטכנאי רנטגן: כן לא הימצאות תוצאות בדיקות הדמיה במידה ונעשו ווידוא תוצאות בדיקות מעבדה ודימות: כן לא לר. מבצע הניתוח: שעה 10:35 2. המרדמים המשתתף בניתוח מוודא זהות המטופל - 2 אמצעי זיהוי רגישות לתרופות וחומרים: כן לא לר. הסכמה/סירוב לקבלת דם: כן לא הסכמה להרדמה/סדציה: כן לא גיליון הרדמה מלא: כן לא יש בדיקות ויעוצים נדרשים: כן לא לר. המטופל בצום על פי הנדרש: כן לא קיים טופס הערכת מרדמים: כן לא בוצעו הנחיות המרדמים בשיתוף המטופל הרדמה: מקומית; אזורית; כללית: כן לא צורך בהזמנת דם: כן לא צורך בהזמנת TS: כן לא חתימת המרדמים: שעה 10:35 3. האחות המשתתפת בניתוח מוודאת זהות המטופל - 2 אמצעי זיהוי פרוצדורה אתר וצד נכונים: לא סימון אתר הניתוח: כן לא לר. רגישות לתרופות/מוזון/חומרים: כן לא הסכמה לניתוח: כן לא הסכמה/סירוב לקבלת דם: כן לא לר. הסכמה להרדמה/סדציה: כן לא קיום ציוד תקין ומשתלים: כן לא לר. מוכנות מנות דם: כן לא לר. מוכנות TS: כן לא הימצאות מחלות מדבקות: כן לא חתימת האחות: שעה 10:24	זהות מטופל: 2 אמצעי זיהוי ווידוא פרוצדורה: חולה + הסכמה לניתוח ווידוא אתר, צד ניתוח וסימונים: כן לא לר. הסכמה לניתוח: כן לא הסכמה להרדמה/סדציה: כן לא הסכמה למתן/סירוב לקבלת דם: כן לא לר. רגישות לתרופות/מוזון/חומרים: כן לא מחלה מדבקת: כן לא המטופל בצום על פי הנדרש: כן לא קיים טופס הערכת מרדמים: כן לא ציוד הרדמה תקין: כן לא ציוד ומשתלים לניתוח בדוקים ומוכנים: כן לא זמינות תרופות מיוחדות: כן לא לר. TS מוכן: כן לא לר. מוכנות מנות דם: כן לא לר. התאמת הדם לחולה נבדקה בחדר קבלה - כן לא הוחל באנטיביוטיקה: כן לא לר. חתימות: מנתח: שעה 10:59 מרדמים: שעה 10:59 אחות: שעה 10:59	האחות תוודא בקול רם את זהות המטופל על פי גיליון וידון האחות מזכירה רגישויות הכירורג חוזר בקול רם על: שם הניתוח האיבר המנותח סימון הצד המנותח: כן לא לר. מרדמים מוודא סיום אנטיביוטיקה מרדמים + אחות ייבדקו שוב: הסכמה חתומה לניתוח הסכמה חתומה להרדמה הסכמה חתומה לקבלת דם אם יתבצעו מספר פעולות בו-זמנית יש למנות בקול רם את כולן בכל שלב חתימת הכירורג המשתתף בניתוח ד"ר שמואל לאונרדו מ.ר. 1-148075 חתימת המרדמים חתימת האחות 4. Sign out - אחות מקריאה בקול רם את: שם הפרוצדורה שבוצעה ספירת מכשירים וחומרי ספיגה סימון וטיפול בדגימות: כן לא לר. תקלות בציוד: כן לא חתימות אחות חתימת המנתח פסק זמן מקוצר בהחלפת הכירורג הראשי מנתח מחליף זיהה את החולה, את הסוג, האתר וצד הניתוח שם המנתח הראשי המחליף



דרוביציקי אדוארד
איגור
מ.ז. 34533506-1
10.01.21 אורטופדיה
אורטופדיה
מקרה 11271929
מ.ר. וולפסון

תאריך: 11.1.21

העברת מטופל מחדר ניתוח להתאוששות/ אחר

מס' החדר: 3

☒ נמסרה הודעה טלפונית כן / לא

☒ המנותח לווה להתאוששות ע"י אחות – מסודר ונקי כן / לא

☒ מסירת מידע אודות המטופל ואודות הניתוח (סוג הניתוח, נקזים, דימום, רגישות, זיהום וכו')

סוג ההרדמה: א. מקומית

ב. איזורית

ג. כללית ☒

1. מונשם

2. לא מונשם

שלמות עור ופצעי לחץ: א. תקין (48) ס. 115

ב. לא תקין – אזור הפצע

סוג הפצע: פצע לחץ / כוויה / אחר

דרגה

מזוהם: א. לא ☒

ב. כן ☐ בידוד מגע

☐ בידוד נשימתי

☐ ללא בידוד

☐ פצע חבוש יש מדבקה

☒ זיהוי מיטת המנותח ועזרה בהעברה

☐ ציוד נלווה: בניתוח TRACHEOSTOMY: קנולה פנימית + מוליך + מברשת בקופסא

שם וחתימת אחות הניתוח:

שם וחתימת אחות התאוששות:

**נא לתייק את הטופס בגיליון המטופל



WEB



Facebook

11271929: מקרה

11.01.2021: תאריך

10:50: שעה

34533506-1: מ.ז.

מין: ז

חדר ניתוח: חנ-כללי

שם: דרוביצקי אדוארד

גיל: 31 ש

יח. יוזמת: ראורט

דו"ח סיעודי - אחות חדר ניתוח

11.01.2021 תאריך

1-03 חדר

סוג ניתוח

-KNEE ARTHROSCOPY

זמנים

10:50:42 ש.כניסה לח.ניתוח

11:00:52 שעת התחלת הרדמה

11:30:18 שעת התחלת ניתוח

11:53:22 שעת סיום ניתוח

12:05:21 שעת סיום הרדמה

12:06:28 ש. יצ. מחדר ניתוח

ניתוח מוזמן

בוצע זיהוי מטופל , זוהה ע"י דביר

צוות ניתוח

תפקיד	עובד	משעה	עד שעה	תאריך
מרדים	שמוביץ לאונרדן			
בחור	וייסלבוך איליה			
אחות רחוצה	וחנין טטאינה			
אחות מסתובבת	לוי דביר			

ווידוא סימון מקום הניתוח

ווידוא החתמת הסכמה לניתוח

וידוא תהליך TIME OUT כן

הרדמה

כללית

תנזחות: גב .

ריפודים: מזרן סיליקון .

אמצעי מיגון: חגורה .

חיטוי עור: Chlorexidine Alcohol , Septal scrub .

שטיפות: Normal Saline .

דיאטרמיה לא היה בשימוש

חימום

H-18 מס. מכשיר

WARMAIR סוג מכשיר

39 טמפ' המכשיר

נתוני אב מטופל
שם : דרוביצקי אדוארד
גיל: 31 ש
יח. יוזמת: ראורט

מ.ז: 34533506-1
מין: ז
חדר ניתוח: חנ-כללי

מקרה: 11271929
תאריך: 11.01.2021
שעה: 10:50

פרטי סוף ניתוח
מצב העור בסוף הניתוח: תקין
המצאות צמיד זיהוי לפני יציאה מחדר ניתוח: כן

העברה להתאוששות
נושם עצמוני

חתימה ותאריך			
אחות מסתובבת:	לוי דביר	תאריך	11.01.2021
אחות רחוצה:	וחנין טטאינה	תאריך	11.01.2021
חותם המסמך:	לוי דביר	תאריך	11.01.2021
	שעה		11:30:41
	שעה		11:30:41
	שעה		12:11:02



דרוביזקי אדוארד
31 איגור
34533506-1 מ.ז.
10.01.21 אורטופדיה
אורטופדיה
11271929 מקרה
מ.ר. וולפסון

טופס הסכמה: להרדמה ANESTHESIA

סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם כללית, אזורית, מקומית או שילוב בין השיטות. הרדמה מקומית נעשית ע"י הכירורג או ע"י מבצע אחר של הפרוצדורה אשר יחתים את המטופל על טופס הסכמה נפרד.

הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס) ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.
הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים סביב עצבים וגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידוראלית והרדמה ספינאלית, בהן מוזרק חומר הרדמה מקומית לחלל סביב חוט השדרה (בגב).
הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת חומר הרדמה מקומית לאזור הניתוח.

יתכן **שילוב של שיטות הרדמה שונות** לדוגמא: אזורית עם כללית, כללית עם מקומית ושילובים אחרים. החולה ימסור למרדים מידע על מחלותיו, רגישות לתרופות, חומרים ומוזון, ותגובות להרדמות קודמות, כולל סיבוכים במידה והתרחשו. אצל **אישה בהריון**, יתכן מעבר של חומרי הרדמה לעובר ויתכנו במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההיריון. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.

הוסבר לי ואני מסכים/ה לכך שעל בסיס האנמנזה, הבדיקה הגופנית, בדיקות המעבדה וסוג הניתוח, מתוכנן לנתח אותי בהרדמה:

נא סמן ב-X את סוג ההרדמה שנבחר לחולה: ☒ הרדמה כללית ☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית ☐ הרדמה כללית או סדציה (טשטוש) + הרדמה מקומית ☐ הרדמה אזורית	נא סמן ב-X את האלטרנטיבות האפשריות להרדמה המתוכננת: ☒ הרדמה כללית ☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית ☐ הרדמה כללית או סדציה (טשטוש) + הרדמה מקומית ☐ הרדמה אזורית
---	---

תועלות ואלטרנטיבות להרדמה המתוכננת: אני מאשר/ת בזאת שהוסבר לי התועלות של סוג ההרדמה שהוצע לי והוסבר לי כי בהתאם לשיקול הדעת של המרדים והמנתח קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה ו/או שילוב סוגי הרדמה שונים ו/או מעבר לסוג הרדמה אחר

סיכונים וסיבוכים אפשריים בהרדמה: הוסברו לי הסיכונים הכרוכים בהרדמה עקב מחלות הרקע שלי. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר **הרדמה כללית** לרבות נזק לשניניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי כבד ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר יתכן מוות מסיבוכים אלה. הוסברו לי גם תופעות הלוואי לאחר **הרדמה אזורית** לרבות תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה **האזורית** ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד כדי שיתוקים חולפים. הוסברו לי גם הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה ושטף דם מקומי (המטומה). הרדמה ספינאלית/ אפידוראלית מלוות לעיתים בכאבי גב וקיימת אפשרות לדליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים ייתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ותפקוד בכיס השתן.
טיפול לאחר הניתוח: הוסבר לי שאקבל תרופות לשיכוך כאבים, כולל אופיאטים ו/או תרופות אחרות על פי סרגל כאב ושיתכנו תופעות לוואי לאחר הניתוח כגון בחילות והקאות או סיבוכים אחרים שיטופלו מיידית ביחידת התאוששות.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הרדמה למעט:

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע הרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה זה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן. אני יודעת/מסכים/ה שההרדמה על צורותיה השונות תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה כולה או חלקה בידי אדם מסוים ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.


חתימת החולה

13 15
שעה

10.01.21
תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסק דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מספר רישיון

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
מחלקת הרדמה
חתימת הרופא/ה
1355

שם הרופא/ה





דרכון אדוארד
איגור
מ.ז.
אורטופדיה
אורטופדיה
מקרה:
11271929
מ.ר. וולפסון

טופס הסכמה: להרדמה ANESTHESIA

סוגי ההרדמה (אלחוש) המקובלים הם כללית, אזורית, מקומית או שילוב בין השיטות. הרדמה מקומית נעשית ע"י הכירורג אחר של הפרוצדורה אשר יחתים את המטופל על טופס הסכמה נפרד.

הרדמה כללית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים למערכת הדם/או החדרת תכשירים למערכת הנשימה באמצעות צינור קנה (טובוס) ו/או מסכה. התכשירים גורמים לירידה ברמת ההכרה, להרפיית השרירים ולהורדת תחושת הכאב. קצב ההתעוררות מהרדמה תלוי בגורמים שונים הקשורים בסוג הניתוח, בהרדמה ובמצבו הכללי של החולה.
הרדמה אזורית מתבצעת על ידי הזרקת תכשירים סביב עצבים וגורמת לאלחוש של אזור מסוים בגוף. דוגמאות להרדמה אזורית הן הרדמה אפידוראלית והרדמה ספינאלית, בהן מוזרק חומר הרדמה מקומית לחלל סביב חוט השדרה (בגב).
הרדמה מקומית מתבצעת על ידי הזרקת חומר הרדמה מקומית לאזור הניתוח.

יתכן **שילוב של שיטות הרדמה שונות** לדוגמא: אזורית עם כללית, כללית עם מקומית ושילובים אחרים. החולה ימסור למרדים מידע על מחלותיו, רגישות לתרופות, חומרים ומזון, ותגובות להרדמות קודמות, כולל סיבוכים במידה והתרחשו. אצל **אישה בהריון**, יתכן מעבר של חומרי הרדמה לעובר ויתכנו במקרים בודדים, תופעות לוואי וסיבוכים נדירים לעובר או להמשך ההיריון. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה על הצורך בהרדמה לשם ביצוע הניתוח המתוכנן.

הוסבר לי ואני מסכים/ה לכך שעל בסיס האנמנזה, הבדיקה הגופנית, בדיקות המעבדה וסוג הניתוח, מתוכנן לנתח אותי בהרדמה:

נא סמן ב-X את האלטרנטיבות האפשריות להרדמה המתוכננת: ☒ הרדמה כללית ☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית ☐ הרדמה כללית או סדציה (טשטוש) + הרדמה מקומית ☐ הרדמה אזורית	נא סמן ב-X את סוג ההרדמה שנבחר לחולה: ☒ הרדמה כללית ☐ הרדמה כללית + הרדמה אזורית ☐ הרדמה כללית או סדציה (טשטוש) + הרדמה מקומית ☐ הרדמה אזורית
---	---

תועלות ואלטרנטיבות להרדמה המתוכננת: אני מאשר/ת בזאת שהוסברו לי התועלות של סוג ההרדמה שהוצע לי והוסבר לי כי בהתאם לשיקול הדעת של המרדים והמתנח קיימת אפשרות לשינוי סוג ההרדמה ו/או שילוב סוגי הרדמה שונים ו/או מעבר לסוג הרדמה אחר

סיכונים וסיבוכים אפשריים בהרדמה: הוסברו לי הסיכונים הכרוכים בהרדמה עקב מחלות הרקע שלי. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר **הרדמה כללית** לרבות נזק לשניניים ולקנה הנשימה כתוצאה מהחדרת המכשור הנחוץ להרדמה. במקרים נדירים יתכנו סיבוכים קשים לרבות תגובה אלרגית חריפה, תסמונת החום הממאיר, הפרעות בתפקודי כבד ו/או בתפקוד מערכות חיוניות אחרות. במקרים נדירים ביותר יתכן מוות מסיבוכים אלה. הוסברו לי גם תופעות הלוואי לאחר **הרדמה אזורית** לרבות תחושת אי נוחות ולחץ באזור ההזרקה. לאחר סיום ההרדמה **האזורית** ימשכו העדר התחושה וההגבלה בתנועה עד כדי שיתוקים חולפים. הוסברו לי גם הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום מקומי ו/או התפתחות מורסה (המטומה). הרדמה ספינאלית/אפידוראלית מלוות לעיתים בכאבי גב וקיימת אפשרות לדליפת נוזל השדרה ו/או חדירת המחט לעטיפת חוט השדרה שעלולים לגרום לכאבי ראש חדים ו/או ממושכים. תופעות אלה דורשות טיפול. במקרים נדירים ייתכן פגיעה קבועה בעצבי הגפיים ותפקוד בכיס השתן.
טיפול לאחר הניתוח: הוסבר לי שאקבל תרופות לשיכוך כאבים, כולל אופיאטים ו/או תרופות אחרות על פי סרגל כאב ושיתכנו תופעות לוואי לאחר הניתוח כגון בחילות והקאות או סיבוכים אחרים שיטופלו מיידית ביחידת התאוששות.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הרדמה למעט:

הוסבר לי שיתכן כישלון בביצוע הרדמה, עקב מגבלות במבנה האנטומי שלי, שאת חלקן לא ניתן לצפות מראש. כישלון בביצוע ההרדמה עלול לחייב לעיתים מתן טיפולים להבטחת הפעילות של מערכות חיוניות ועד ביצוע פעולות לצורך הצלת חיים. הובהר לי כי במקרה זה יתכן שלא יבוצע הניתוח המתוכנן. אני יודעת/מסכים/ה שההרדמה על צורתה השונות תעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שתעשה כולה או חלקה בידי אדם מסוים ובלבד שתעשה באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה 13:15

תאריך 10.01.21

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסק דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מספר רישיון

המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון
מחלקת הרדמה
מ.ר. 133512

שם הרופא/ה





דרכון אדוארד
31 איגור
34533506-1 מ.ז.
10.01.21 אורטופדיה
אורטופדיה
11271929 מקרה
מ.ר. וולפסון

טופס הסכמה לניתוח

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

על הצורך בביצוע ניתוח Knee Arthroscopy
לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (לחל-הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מחלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בתי החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיחיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט

(טא לציין פרטים ואם אין-טא לציין ייחודי)

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולחוראות של בית- החולים, וכי לא חובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האמראי לניתוח יהיה**

שעה תאריך
10/04/20
15:37
מחלקת אורתופדיה
המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
חדר ניתוח זכר
1-151237-1

שם הרופא

מתימת החולה

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

שם האפוסטרופוס

אני מאשר כי הסברתי בע"פ לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רישיון

שם הרופא וחתימה

*מחק את המיותר **למלא במקרה של חולה פרטי
מ. בר 29

☒ בוצע סימון איבר ניתוח, חתימה:

☐ בוצע אישור סימון איבר ניתוח ע"י רופא המשתתף בניתוח, חתימה:

מהדורה מס': 01
תאריך עדכון: 3.7.14

www.wolfson.org.il
המרכז הרפואי 'וולפסון' מסונף לאוניברסיטת תל-אביב





דרוביצקי אדוארד
31 איגור
34533506-1 מ.ד.
10.01.21 אורטופדיה
אורטופדיה
11271929 מקרה:
מ.ר. וולפסון

טופס הסכמה לניתוח

שם החולה:

תז

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדי"ר

על הצורך בביצוע ניתוח _____ שם משפחה
לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (להלן-הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות אן במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בתי החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיחיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט _____

(טא לציין פרטים והם אין-טא לציין ייחודי)

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולחוראות של בית- החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה**

שם הרופא

חתימת החולה

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
ד"ר רושקה זכר
מ.ד. 151237-1
מחלקת אורתופדיה

שעה

תאריך

שם האפוסטרופוס

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

אני מאשר כי הסברתי בע"פ לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רישיון

שם הרופא וחתימה

*מחק את המיותר **למלא במקרה של חולה פרטי
מ. בר 29

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
ד"ר רושקה זכר
מ.ד. 151237-1
מחלקת אורתופדיה

המרכז הרפואי ע"ש א. וולפסון
ד"ר רושקה זכר
מ.ד. 151237-1
מחלקת אורתופדיה

☒ בוצע סימון איבר ניתוח, חתימה:
☐ בוצע אישור סימון איבר ניתוח ע"י רופא המשותף בניתוח, חתימה:

