



טופס הסכמה: טיפול בורידים ע"י המרשתת קצף בהנחיית אולטרה-סאונד

U.S.G.F.S. (ULTRASOUND-GUIDED FOAM SCLEROTHERAPY)

שם המטופל/ת _____

ורידים מורחבים (דליות) בגפיים התחתונות מהווים ביטוי לפגיעה במערכת הורידית השטחית על רקע אי ספיקה של מסתמי הורידים ו/או ליקוי בדפנות הורידים. התרחבות המערכת הורידית השטחית עלולה לגרום לפגיעה אסתטית, תחושת כובד, בצקות ברגליים, דלקות ורידים, שינויי צבע בעור הרגל וכיבים כרוניים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אלכסנדר קנטרובסקי על הטרשה (הזרקות) בהנחיית אולטרה סאונד כטיפול המיועד להעלים את הורידים הגדולים הפגומים השייכים למערכת שטחית של רגל ימין / רגל שמאל / שתי הרגליים ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה ולצילום לצורך תיעוד רפואי.

אני מבין/ה שהפעולה כוללת החדרה של מחט מזרק עדינה לווריד החולה בהנחיית דופלקס (מכשיר הדמיה מסוג על-שמע) והזרקת חומר מטרש (sclerosant) בצורת קצף/ג'ל (foam) לתוכו. החומר המוזרק גורם לתחילה של תהליך דלקתי (לא זיהומי!) בדופן הוריד. כתוצאה של תהליך הריפוי הגורם להצטלקותו של הוריד, הוא מצטמק לרוב לממדים בהם לא ניתן למשש או לראות אותו.

קבלתי מידע על טיפולים חלופיים הכוללים ניתוח שליפת וריד הצפון (stripping), כריתה של דליות דרך חתכים קטנים (פלבקטומיה), טיפול בלייזר תוך-וריד, גלי רדיו וטיפול קבוע באגידה אלסטית. אני מבין/ה שתופעות לוואי אפשריות הן חבורות (bruising), תחושה של "משיכה" או כאב לאורך הרגל, נפיחות בשוק או בקרסול, גושים מתחת לעור (יכולים להזדקק לשאיבה ע"י המזרק) והופעת צבע אדום-חום לאורך הורידים שטופלו. התופעות הללו, להוציא מקרים נדירים ביותר, הן זמניות בלבד וחולפות ללא סימן היכר. תופעות לוואי נדירות ביותר של הפעולה הדורשות טיפול נוסף הן זיהום, תגובת רגישות יתר, פגיעה בעצב (רדימות או דקירות), פקקת ורידית עמוקה, הזרקה תוך עורקית והופעת כיב.

הסכמת המטופל/ת: קראתי והבנתי במלואו את טופס ההסכמה הזה ואני מבין/ה שאינני צריך/ה לחתום על טופס הסכמה, עד שכל שאלותיי נענו והוסברו לשביעות רצוני.

תאריך: _____ חתימת המטופל/ת: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת // אפטרופוס של המטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ חתימה: _____