

תאריך: _____

בקשה לביצוע TRICLIP

פרטים אישיים:

שם ומשפחה _____ ת.ז. _____ טלפון _____

פרטי הרופא המפנה:

שם ומשפחה _____ דוא"ל _____ טלפון _____

שם בי"ח מבצע הפעולה

תיאור מקרה:

יש להתייחס לנקודות הבאות (לסמן את הנכון):

1. האם יש לחולה אי ספיקת לב שמאלית? כן / לא

2. האם יש לחולה אי ספיקת לב ימנית בדרגה של פחות מ 2? כן / לא

3. פרט את הטיפול תרופתי שקיבל החולה בחודשיים האחרונים

4. מה מקטע הפליטה של חדר שמאל באקו עדכני(ציין את תאריך ביצוע האקו)?

5. מה הערכת תפקוד חדר ימין באקו עדכני ומתי בוצעה הבדיקה?

6. אנא תאר/י פתולוגיה אחרת ככל שקיימת במסתמים אחרים

7. מה הלחץ הריאתי ומה התנגודת הריאתית בצנתור ימני? לחץ ריאתי _____ תנגודת ריאתית _____

8. האם החולה על דיאליזה - כן / לא

9. האם היה דיון צוות לב על דרגת הסיכון הניתוחי? מה היו הקריטריונים לקביעת סיכון ניתוחי גבוה בחולה?

חתימה

נדרש לצרף את המסמכים הנ"ל:

- ✓ אקו קרדיוגרם עדכני
- ✓ דוח צנתור ימני כולל לחץ ריאתי ותנגודת ריאתית מחושבת
- ✓ פירוט טיפול תרופתי, כולל משתנים, בחודשיים האחרונים
- ✓ שם הכירורג שהשתתף בצוות הלב – HEART TEAM
- ✓ דוח סיכום רפואי הכולל בדיקות דם: קראטינין, GFR, ספירת דם, תפקודי כבד

אינדיקציות עפ"י חוזר מנכ"ל

תיקון דלף קשה ותסמיני של המסתם הטריקוספידלי בהצמדת עלי המסתם בגישה מלעורית, בחולים עם אי ספיקת לב, למרות מיצוי הטיפול התרופתי, בעלי מבנה אנטומי מתאים של המסתם ואשר אינם מתאימים לניתוח על פי הערכת צוות לב (Heart team).

הטכנולוגיה תינתן למטופלים מבוגרים עם דלף טריקוספידלי קשה ותסמיני, הסובלים מאי ספיקת לב, למרות טיפול תרופתי מיטבי במשך לפחות חודשיים והמצויים בסיכון גבוה לניתוח כתוצאה מגורמי סיכון או מגיל מבוגר על פי הערכת צוות לב (Heart Team) בבית החולים ובאישור קופת החולים, עם מבנה אנטומי מתאים של המסתם המתאים לתיקון באמצעות Transcatheter Edge-to-Edge Repair ולאחר הערכה באמצעות אקוקרדיוגרפיה וצנתור לב ימני. הטיפול לא יינתן בנוכחות מחלה משמעותית של המסתם המיטרלי, יתר לחץ דם ריאתי סיסטולי קשה, תפקוד ירוד של חדר שמאל, ירידה קשה בתפקוד חדר ימין ואי ספיקת כליות המצריכה דיאליזה.