

**יש למסור עותק למטופל**

# טופס הסכמה כללי לניתוח (מיועד למקרים שאין להם טופס יעודי)

\*\*\*\* מדבקה גדולה / מילוי ידני \*\*\*\*  
שם פרטי: \_\_\_\_\_  
שם משפחה: \_\_\_\_\_  
ת.ז.: \_\_\_\_\_  
מין: ז / נ גיל: \_\_\_\_\_  
שם ההורה: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח / הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח / הטיפול העיקרי.

כמו כן, ניתנת הסכמתי לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט: \_\_\_\_\_

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי (למעט אם נבחר ותואם מראש מנתח לפעולה), וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

הערות: \_\_\_\_\_

אני הח"מ מודע/ת לכך שיתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר יבצע את הטיפול / ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח / הטיפול העיקרי.

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_

שם משפחה      שם פרטי      ת.ז.      שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי      שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח: \_\_\_\_\_

תאריך      שעה      חתימת המטופל/ת

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוסטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוסטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)      חתימת הרופא      תאריך ושעה

שם המתרגם/ת      קשריו למטופל/ת

\*מחקי/את המיותר