

מדבקת המטופל

טופס הסכמה: ניתוח כריתת רחם עם/ללא כריתת טפולות
HYSTERECTOMY W/ WO SALPINGO OOPHORECTOMY

כריתת רחם עם/ללא טפולות מתבצעת מסיבות שונותההוריה לניתוח הנוכחי היא:

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית.

שם המטופל/ת

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז

כריתת רחם שלימה / תת שלימה*, בגישה בטנית*/ וגינית*/ לפרוסקופית*, עם/ללא למזן ניתוח טפולות (יקרי)

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוכהרו לי התוצאות המקוות ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בהם. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי מערכת השתן, פגיעה באיברי מערכת העיכול פגיעה בכלי דם ופגיעה עצבית.

הסיכונים עשויים להתגלות במהלך הניתוח, או בשלב מאוחר יותר. הוסבר לי כי פגיעות אלו ייתכן ויחייבו תיקון כירורגי בהרדמה מלאה.

הוסבר לי שאם הניתוח העיקרי כולל גם כריתת טפולות, יתכן צורך בטיפול הורמונלי חלופי על מנת למנוע תופעות של גיל המעבר. אני נותנת/ בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כער בודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעו כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאח שזוכנעתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת רופא/ה	מס' רשיון

* מחקי את המיותר

ט' 6890/0067 /6561 OBGYN/ מרץ 2002