

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

כריתת רחם עם/ללא טפולות מתבצעת מסיבות שונות: ההודיה לניתוח הנוכחי היא _____

ניתוח מתבצע בהרדמה כללית ואו איזורית.

שם המטופלת: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהירה ומאשרת שקבלתי הסבר מפורט בעל פה לפני הניתוח מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח לכריתת רחם שלימה/תת שלימה, בגישה בטנית/גינולית/לפרוסקופית, עם/ללא כריתת טפולות (להלן: "הניתוח העיקרי").
אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הובהר לי הנוצרות המקוות ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בגיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בהם. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באברי מערכת השתן, פגיעה באיבר מערכת העיכול פגיעה בכלי דם ופגיעה עצבית.
הסיכויים 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. לשטות או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לסיכך אני מסכימה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלזעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ואו הרדמה איזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כלום או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

ת א ר י ד ש ע ה תזימת החולה

שם האפטרופוס (קירבה) _____ תזימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפרוט הדיוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופאה _____ תזימת הרופאה _____ מספר רישיון _____

מחקי את המיותר

מרץ 2002

כריתת רחם



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות
וגינקולוגיה



