

מדבקה גדולה

טופס הסכמה לפרוסקופיה גניקולוגית LAPAROSCOPIC PROCEDURE IN GYNECOLOGY

לפרוסקופיה גניקולוגית הינה הסתכלות לתוך הבטן, לצורך אבחון ו/או טיפול במחלות ובמצבים גניקולוגיים פתולוגיים תוך ביטניים ואגניים. טיפול בהם כולל גם אפשרות כריתה של איברים כמו שחלה, חצוצרה ורחם. ההסתכלות לתוך הבטן נעשית באמצעות החדרת מכשיר אופטי באזור הטבור ומכשירים כירורגיים נוספים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. התהליך מתבצע עם או בלי החדרת גז CO₂ לחלל הצפק דרך מחט מיוחדת. בשיטה זו תהליך ההתאוששות וההחלמה מהיר יותר מאשר בשיטה המסורתית של פתיחת הבטן - "השיטה הפתוחה", הכאב בדרך כלל קל יותר והצלקות שנותרות הן לרוב זעירות. הפעולה נעשית בדרך כלל בהרדמה כללית אך ניתן לבצעה גם בהרדמה מקומית מלווה במתן חומרי הרגעה.

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע לפרוסקופיה לשם _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לרבות: כאב באזור החתכים, כאב באזור הכתפיים הנובע מגירוי הסרעפת כתוצאה מהאוויר שהוחדר לחלל הבטן, שיחלפו, בדרך כלל, תוך כמה ימים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, פגיעה באיברי הבטן או בכלי דם גדולים או קושי טכני בביצוע הפעולה אשר יתכן ויצריכו מעבר ל"שיטה הפתוחה", דהיינו, פתיחת הבטן לצורך ביצוע פעולה מתקנת או לצורך השלמת הניתוח העיקרי ובמקרים נדירים ביותר מוות.

כמו כן, הוסברה לי האפשרות שהסיכונים האמורים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

ניתן לי הסבר על האפשרות לבצע את הפעולה ב"שיטה הפתוחה", לרבות תופעות הלוואי, הסיכויים והסיכונים בשיטה זו ומשך ההחלמה.

לאחר ששקלתי את שתי האפשרויות אני מבקש/ת ומסכים/ה לביצוע הניתוח העיקרי בשיטה הלפרוסקופית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת, בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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.

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

תאריך _____ שעה _____ חתימת האישה _____

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

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

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ מספר רישיון _____

*מחקי את המיותר