



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

| | |
|-----------|-------------|
| מס' זהות: | שם פרטי: |
| שם משפחה: | תאריך לידה: |
| שם האב: | |
| כתובת: | |
| טלפון: | |

מדבקת פרטי מטופל

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

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

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית. _____

שם המטופל/ת _____

| | | | |
|----------|---------|--------|-----|
| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת"ז |
|----------|---------|--------|-----|

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח כריתת רחם שלימה / תת שלימה*, בגישה בטנית*/ וגינית*/ לפרוסקופית*, עם/ללא* כריתת טפולות (להלן: "הניתוח העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובהרו לי התוצאות המקוות ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדירות והטיפולים הכרוכים בהם. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות.

כמו כן הוסברו לי הסיכויים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי מערכת השתן, פגיעה באיברי 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 נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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 כעת בודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות 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 |
|-------|-----|-------------|

| | |
|------------------------|--|
| שם האפוסטרופוס (קירבה) | חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש) |
|------------------------|--|

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

| | | |
|------------|--------------|-----------|
| שם הרופא/ה | חתימת רופא/ה | מס' רשיון |
|------------|--------------|-----------|

* מחקי את המיותר

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

