



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 לקשירת חצוצרות TUBAL LIGATION

קשירת חצוצרות מבוצעת כדי למנוע הריון בדרך של הפריה טבעית. הניתוח נעשה בשיטה לפרוסקופית (השיטה הסגורה), באמצעות החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן והחדרת גז CO₂ לחלל הצפק. הפעולה מבוצעת בהרדמה כללית. קשירת חצוצרות יכולה להתבצע גם כפעולה נוספת במהלך ניתוח אחר הכרוך בפתחת בטן.

שם האשה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ על ניתוח לקשירת חצוצרות לצורך עיקור (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי כי קיימת אפשרות שפעולת העיקור לא תצליח כלל או לא תפעל לטווח ארוך. שיעור הכישלונות המדווחים בשיטות הקשירה השונות נע בין אחד לחמישה מתוך אלף נשים. הוסבר לי החלופות למניעת הריון, האפשרויות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן.

הובהר לי שאי הפוריות הנגרמת בעטיו של הניתוח היא לרוב בלתי הפיכה שכן, סיכויי ההצלחה של ניתוח ל"פתיחת" החצוצרות משתנים ואינם ודאיים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי בשיטה הלפרוסקופית, לרבות כאב ואי נוחות באזור החתכים, וכאב באזור הכתפיים הנובע מגרוי הסרעפת כתוצאה מהאוויר שהוחדר לחלל הבטן, שיחלפו, בדרך כלל, תוך כמה ימים. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בשיטה הלפרוסקופית לרבות: זיהום, פגיעה באברי הבטן או בכלי דם גדולים, ו/או קושי טכני בביצוע הפעולה אשר יתכן ויצריכו מעבר ל"שיטה הפתוחה", דהיינו, פתיחת הבטן לצורך ביצוע פעולה מתקנת או השלמת פעולת הקשירה.

אני מצהיר/ה בזאת שלמיטב ידיעתי, איני/האשה אינה בהריון. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו, 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 לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדמים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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.

תאריך	שעה	חתימת האשה

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

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

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

* מחקי את המיותר

