

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

מדבקה

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

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח _____

אבחנה: _____

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

אני מצהירה מאשרת בזאת כי הובהרו 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 מבינה 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 בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה/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 ומסכימה 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.

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחקי את המיותר