

הסכמה לניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ

urinary stress incontinence

אי נקיטת שתן (דליפת שתן) במאמץ נגרמת כתוצאה מהתרופפות התמיכה בכיס השתן והשופכה, המופיעה מסיבות שונות הגורמות לחולשת המנגנון הסוגר ואובדן השליטה על מתן שתן. הניתוח נעשה במקרים שבהם אי נקיטת השתן גורמת לבעיות היגייניות או חברתיות קשות והפרעה ניכרת בתפקוד היום יומי.

קיימות מספר גישות כירורגיות לטיפול בבעיה, סוג הניתוח שיבחר תלוי בגורם לאי השליטה, בממצאים, במצבה הבריאותי של המטופל ובשיקולי המנתח.

הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית ו/או כללית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, סיכויי ההצלחה והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי מפורשות כי לא ניתן להבטיח הצלחה מלאה של תיקון דליפת השתן בניתוח ובטווח הרחוק התופעות עלולות לחזור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות וקושי בהתרוקנות כיס השתן, כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בעת הניתוח או מיד אחריו, לרבות: דימום, זיהום בשתן ובחתיך הניתוח, פגיעה בשלפוחית השתן ובנרתיק ובמקרים נדירים חסימת השופכנים. סיבוכים אלה עלולים להצריך שינוי הגישה הניתוחית, דהיינו, מעבר מגישה ביטנית לגישה נרתיקית ולהפך, ומשיטה לפרוסקופית לשיטה הפתוחה" וכן טיפולים ו/או ניתוחים בעתיד. כמו כן, הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות: הפרעה בדרגות שונות בהשתנה עד כדי עצירת שתן לתקופות שונות ואף ארוכות, תכיפות ודחופות בהשתנה, צניחת הרחם וקירות הנרתיק, כאב כרוני באגן וכאב בקיום יחס' מין.

הוסברו לי גם הסיבוכים האפשריים הנוספים המתייחסים לגישות הכירורגיות כמפורט: בניתוח Marshall Marchetti Krantz - אפשרות של דלקת כרונית בעצם החיק. בניתוחים בגישה לפרוסקופית - אפשרות של פגיעה בעצבי האגן. בניתוח Sling - אפשרות להיווצרות פיסטולה בין השופכה או כיס השתן לבין הנרתיק. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים/ניתוחים נוספים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, 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 המרכז הרפואי יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי שהמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי ומוכר להתמחות, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק מתמחים או סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני מסכים/ה שהטיפול במרכז הרפואי ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים במרכז הרפואי ואני מצהיר/ה בזאת כי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים.

שם המטופל: _____

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מהרופא החתום מטה, על ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ. פרט סוג/שם הניתוח והגישה הניתוחית: _____

(להלן: "הניתוח העיקרי") _____

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/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' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

קשריו למטפל/ת

שם המתרגם/ת

*מחקי/ את המיותר