



מדבקה קטנה

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי CESAREAN SECTION

ניתוח קיסרי מבוצע לצורך חילוץ העובר מהרחם במצבים בהם לא ניתן לחלץ את העובר דרך הנרתיק בשל סיכון ממשי ליולדת ו/או לעובר. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית.

שם היולדת: _____

שם האב _____

שם פרטי _____

שם משפחה _____

ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

משפחה _____

שם _____

שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח קיסרי (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

הוסבר לי כי שיעורי התחלואה בניתוח קיסרי גבוהים מאשר בלידה נרתיקית ועולים עם כל ניתוח נוסף.

תמותה מניתוח קיסרי גבוהה מאשר בלידה נרתיקית, אך מאוד נדירה. כמו כן, הוסבר לי שניתוח קיסרי מגביל את האפשרות ללדת בלידה נרתיקית בעתיד.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דמם עד כדי צורך בכריתת הרחם; זיהום ברחם ו/או בחצוצרות ו/או בשחלות ו/או באברי הבטן האחרים; ופגיעה באברי הבטן או בכלי דם אשר תדרוש פעולה כירורגית מתקנת.

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת 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 גם לאותה 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 מתבצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



מרכז רפואי מעיני הישועה | חדר לידה

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם היעדים
ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות
המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

שעה

תאריך

חתימת היולדת

חתימת האפוטרופוס (במקרה של

שם האפוטרופוס (קירבה)
פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה ליולדת /לאפוטרופוס של היולדת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי
הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

מס'

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

רשיון

העתקים:

1. תיק מטופל
2. מטופל