

טופס הסכמה: לפרוסקופיה גינקולוגית LAPAROSCOPIC PROCEDURE IN GYNECOLOGY



לפרוסקופיה גינקולוגית הינה הסתכלות לתוך הבטן, לצורך אבחון ו/או טיפול במחלות ובמצבים לא תקינים תוך בטניים ואגניים. הטיפול בהם כולל גם אפשרות של כריתה של אברים כמו שחלה, חצוצרה ורחם. הסתכלות לתוך הבטן נעשית באמצעות החדרת מכשיר אופטי באזור הטבור ומכשירים נוספים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. התהליך מתבצע עם החדרת גז CO2 לחלל הצפק דרך מחט מיוחדת. בשיטה זו תהליך התאוששות וההחלמה מהירה יותר מאשר בשיטה המסורתית של פתיחת הבטן – "השיטה הפתוחה", הכאב בדרך כלל קל יותר והצלקות שנותרות הן לרוב זעירות. הפעולה נעשית בדרך כלל בהרדמה כללית, אך ניתן לבצע גם בהרדמה מקומית מלווה במתן חומרי הרגעה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ על הצורך בביצוע לפרוסקופיה לשם _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לרבות: כאב באזור החתכים, כאב באזור הכתפיים הנובע מגירוי הסרעפת כתוצאה מה- CO2 שהוחדר לחלל הבטן, שיחלפו, בדרך כלל, תוך כמה ימים. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, פגיעה באיברי הבטן או בכלי דם גדולים או קושי טכני בביצוע הפעולה אשר יתכן ויצריכו מעבר ל"שיטה הפתוחה", דהיינו, פתיחת הבטן לצורך ביצוע פעולה מתקנת ולצורך ביצוע הניתוח העיקרי שהיה מתוכנן מראש. ניתן לי הסבר על האפשרות לבצע את הפעולה ב"שיטה הפתוחה", לרבות תופעות הלוואי, הסיכויים והסיכונים בשיטה זו ומשך ההחלמה. לאחר ששקלתי את שתי האפשרויות אני מבקשת/מסכים/ה לביצוע הניתוח העיקרי בשיטה הלפרוסקופית. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט הליכים 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יונתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/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 המטופלת: _____ חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש): _____ שם האפטרופוס (קירבה): _____

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

שם הרופא/ה: _____ חתימת הרופא/ה: _____ מס' רישיון: _____

* מחקי את המיותר
העתקים: 1. תיק מטופלת 2. מטופלת