

טופס הסכמה: תסחוף (אמבוליזציה) של שרירני רחם (מיומות) UTERINE FIBROID EMBOLIZATION

אמבוליזציה של שרירני רחם מתבצעת במטרה להקטינם. הפעולה מתבצעת באמצעות החדרת צנתר/ים דרך עורק/ים פריפרי/ים עד לאזור הרחם בהנחיית רנטגן והזרקת חומר ניגוד (יוד) המדגים את כלי הדם של הרחם והשריר/ים. הטיפול מתבצע על ידי הזרקת חומר מטרש לצנתרים הממוקמים באזור השריר/ים וגורם להקטנת/ם. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית או אזורית.

שם החולה:

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
שם פרטי	שם משפחה			

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

על טיפול להקטנת שרירני רחם באמצעות תסחוף (אמבוליזציה) (להלן: "הטיפול העיקרי"). אני מצהיר/ה בזאת כי הובהר לי החלופות הטיפוליות לטיפול בשריר/ים לרבות טיפולים הורמונליים ו/או כריתת השריר/ים או הרחם בגישות שונות.

הובהר לי שמטרת גישה טיפולית זו, בין היתר, היא לשמר את הרחם, אולם קיימת אפשרות של כשלון וצורך בבחירת חלופה טיפולית אחרת. קיימת אפשרות כי לאחר החדרת הצנתר לא ניתן יהיה להשלים את הפעולה בגישה זו, ו/או יתכן שעל אף שהפעולה תושלם, לא תושג התוצאה הרצויה ויהיה צורך לנקוט בגישה טיפולית אחרת. כ- 15% מהפעולות דווחו כבלתי משביעות רצון. הובהר לי שמדובר בטיפול חדשני המבוצע בהצלחה בעולם מספר שנים. אולם כמו בכל טכניקה חדשנית, ניתן יהיה להעריך את תוצאותיה לטווח ארוך כחלוף שנים נוספות.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאבי בטן, ו/או כאבים באזורים אחרים, חום ולעיתים אף בחילה והקאה. כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: סיבוכים הקשורים בעצם החדרת הצנתר, תגובה אלרגית לחומר המוזרק, דימום פנימי או חיצוני, היוצרות תסחיף (קריש דם), זיהום באגן, התנקבות הרחם ושינויים בתפקוד המיני. עקב פגיעה באספקת הדם עלולים להיגרם שינויים בפעילות השחלה/ות, בתפקוד הכליות, ובתפקודי קרישה. כמו כן הובהר לי שסיכויי להרות בעתיד עלולים להיות קטנים יותר על אף שימור הרחם בגישה זו. הובהר לי שבבדיקה נעשה שימוש בחומר ניגוד המכיל יוד ואני מצהיר/ה בזאת כי לא ידוע לי על רגישות ליוד ועל תגובה אלרגית אחרת בעבר.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר כי יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, ולפיכך 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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיבוכים 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. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה * _____.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

*מלא/י במקרה של רופא/ה פרטי/ת.