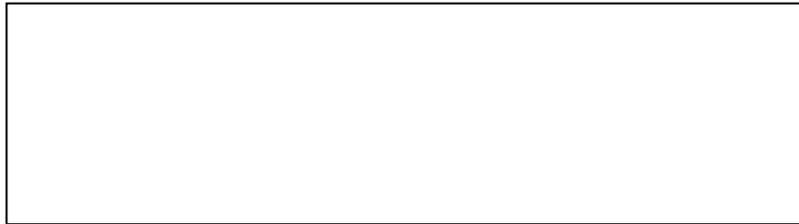


מרכז רפואי מעיני הישועה | מחלקת כירורגיה

טופס הסכמה לניתוח לתיקון בקע מפשעתי בצד ימין/שמאל/דו צדדי* בשיטה הלפרוסקופית



בקע הוא חדירת איבר (בדרך כלל מעי) דרך פתח בדופן הבטן התוחמת את אותו איבר ויוצרת בלט. הבקעים הנפוצים הם: מפשעתי, טבורי, מעל הטבור (אפיגסטרי) ובצללקת ניתוח. הנפוץ מבין סוגי הבקעים הוא הבקע המפשעתי. הטיפול בבקע הוא בדרך כלל ניתוחי.

חשיבות הטיפול בבקע: הבקע יכול לגרום לכאב, עם הזמן הבקע עלול לגדול, הבקע עלול לעבור מצב של "כליאה", כאשר הבקע עובר כליאה, תוכן הבקע נכלא בפתח דופן הבטן וחלק זה אינו מקבל אספקת דם. מצב זה יכול להוביל לנמק של הרקמה, המצריך ניתוח דחוף, לעיתים בשילוב עם כריתת מעי.

בשיטה הלפרוסקופית מבוצעים חתכים זעירים בלבד, ללא פתיחת הבטן. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית.

היתרונות בנייתוח בגישה לפרוסקופית הינם חתכים קטנים יותר, פחות כאב לאחר הניתוח, משך החלמה קצר יותר. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן. גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה באיברים שכנים כמו כיס השתן והמעיים, כלי דם, זיהומים, חום, חזרה של הבקע, קושי במתן שתן. חלק מהסיבוכים עלול להצריך ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים.

כמו כן, הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר. אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

הובהר לי שהטיפול העיקרי מתבצע בהרדמה אזורית או כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידה ויוחלט לבצע את הטיפול בעיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

אני הח"מ מודעת/ת לכך שייטכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

שם המטופל/ת:

שם המשפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

חתימת המטופל/ת

תאריך

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי שם משפחה

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

שם האפוסטרופוס (קרבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת /לאפוסטרופוס של המטופל/ת* 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

מרכז רפואי מעיני הישועה | מחלקת כירורגיה

* מחק/י את המיותר