

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון "פתוח" של בקע מפשעתי

OPEN REPAIR OF INGUINAL HERNIA

בקע מפשעתי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים רחוקות פגם נרכש שתיקונו מחייב ניתוח. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות את קיומו כמו כאבים ואי נוחות, לשחרר כליאה, או מניעת כליאתו של הבקע בעתיד. תיקון בקע מפשעתי אצל בנים/גברים כולל את הפרדת שק הבקע מכבל הזרע לשם כריתתו. שק הבקע יכול להכיל בתוכו את אחד מאברי הבטן (מע, כיס שתן, וכו') ואצל בנות/נשים גם שחלה). טרם החזרת האיברים שנמצאו בשק לחלל הבטן, נבדקת תקינותם. במידה שימצא נזק יש צורך לתקנו. קיימים מקרים בהם התיקון יתבצע תוך שימוש בשתל רשת. הוסבר לי שכליאה של הבקע עלולה לגרום לנזק לאיבר שנכלא ומחייבת תיקון ניתוחי דחוף, לעיתים בחתך נוסף. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית דרך חתך באזור המפשעה.

שם החולה: _____

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

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

שם פרטי	שם משפחה
_____	_____

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון בקע מפשעתי בצד ימין / שמאל / דו צדדי* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי שזנזק לאיבר שנכלא עלול להיות בלתי הפיך ולעיתים ידרוש את כריתתו.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, בצקת במפשעה ובשק האשכים שעלולה לגרום לנזק באשך, נזק לכלי דם שעלול לגרום לפגיעה באשך בעיקר בניתוחים חוזרים, נזק לחבל הזרע שעלול לפגוע בתפקוד האשך באותו צד, נזק לכלי דם ועצבים העוברים באזור וכן הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח נוסף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 בודאות 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 לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

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 ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסכמתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינן/ה את הסברי במלואם.

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

* מחקי את המיותר