

טופס הסכמה: ניתוח השתלת תותב לפין IMPLANTATION OF PENILE PROSTHESIS

ניתוח השתלת תותב לפין מתבצע במקרים של איך-אונות (אימפוטנציה) במטרה לאפשר זיקפה. בעת הניתוח, מוחדר התקן מכאני או הידראולי אל תוף הגופים המחילתיים של הפין ובהתאם לסוג התותב יוצר זיקפה (קשיחות) מתמדת או זיקפה לאחר הפעלת מנגנון הידראולי/מכאני. שם החולה: _____

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

אני מצהיר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ על ניתוח השתלת תותב לפין (להלן "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על החלופות הטיפוליות להשתלת התותב, על הסיכויים והסיכונים של כל חלופה טיפולית לרבות טיפול תרופתי, טיפול בהזרקות אל תוך הפין, טיפול במכשיר ואקום, ניתוח בכלי דם והאפשרות להימנע מכל טיפול.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על סוגי התותבים השונים והוסכם על השתלת תותב מסוג _____ במקרה בו לא יוכל המנתח להשתיל את התותב שנבחר, אני נותן את הסכמתי להשתלת תותב מסוג _____ כמו כן הוסבר לי כי במקרים נדירים לא יוכל המנתח להשתיל כל תותב.

הוסבר לי שהמנתח ימדוד את אורך הגופים המחילתיים בעת הניתוח ולפי מידות אלו יבחר תותב באורך המתאים, על פי שיקוליו בעת הניתוח. כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהתותב יצור זיקפה מכאנית בלבד ולא ישפר או יחזיר לי תחושות מקומיות או כלליות, ולא ישפר את החשק והמשיכה המינית (ליבידו). כמו כן הוסבר לי שהתותב לא יאריך או יגדיל את מימדי הפין, ובמרבית המקרים מימדי הזיקפה עם התותב יהיו קטנים (באורך ובקוטרו) בהשוואה לזיקפה הטבעית והזיקפה תהיה פחות קשיחה מהזיקפה הטבעית. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר השתלת התותב, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות העלולים להימשך מספר שבועות ואף יותר. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיכונים הכרוכים בהשתלת התותב, לרבות עצירת שתן, זיהומים בחתך הניתוח ובתותב העלולים להופיע בסמיכות לאחר הניתוח או לאחר זמן מה, שבעטיים יהיה צורך להוציא את התותב בנייתוח נוסף, דבר שעלול לגרום להקטנת מימדי הפין, עיוות צורתו וצמצום החלופות הטיפוליות בהמשך. לעיתים רחוקות תכנן ירידה בתחושה בפין. כמו כן יתכנו קלקולים מכאניים במנגנון התותב שידרשו ניתוח וכן תתכן פריצה של מעטפת הגופים המחילתיים אל צינור השתן או דרך העור בעת הניתוח או לאחר זמן מה, דבר שיגרום להפסקת הניתוח מבלי שיוכנס התותב או יהיה צורך בהוצאת התותב בנייתוח נוסף. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו 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 גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופוציפיט ניגנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת. הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי ע"י מרדים. אני יודע ומסכים לכך שהניתוח 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 בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____
שם הרופא	חתימה	מס' רשיון
_____	_____	_____