

טופס הסכמה: ניתוח להורדה ולקיבוע של אשך תוך בטני ORCHIOPEXY (ABDOMINAL TESTIS)

אשך תוך בטני הינו פגם מולד בו נשאר האשך בחלל הבטן (מקום היווצרו בשלב העוברי) ולא ירד לשק האשכים. אשך זה, בדרך כלל, אינו מיצר תאי זרע פוריים, ושכיחות הופעתם של גידולים ממאירים בתוכו הינה גבוהה. מטעמים אלה מבוצע ניתוח להורדת האשך מהבטן לשק האשכים. הניתוח מבוצע דרך חתך קטן מתחת לטבור, דרכו מוחדרת לבטן מצלמת טלביזיה לחיפוש האשך. כאשר האשך התוך בטני התנוון או נמצא עם אספקת דם לקויה, יש צורך בכריתתו (ORCHIECTOMY). במקרים בהם האשך נראה תקין יש להורידו לשק האשכים. אשך תוך בטני הינו בדרך כלל בעל כלי דם קצרים שאינם מאפשרים הורדתו לשק האשכים בניחות אחד, לכן יש לבצע את הניתוח בשני שלבים. בשלב ראשון, לאחר שהאשך זוהה בבטן, נקשרים כלי הדם של האשך לצורך שחרורו והורדתו במידת האפשר. פעולה זו עלולה לגרום לניוון האשך. לאחר מספר חודשים, בניחות נוסף, יעשה ניסיון להביא את האשך לשק האשכים. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ד
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם משפחה שם פרטי			

על הצורך בביצוע ניתוח להורדת אשך תוך בטני **ימני/שמאלי*** (להלן: "הניתוח העיקרי") אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, דהיינו, מתן הסיכוי הטוב ביותר להתפתחותו התקינה של האשך. עם זאת הוסבר לי שאשך תוך בטני עלול להיות פגום מלכתחילה ולכן יתכן שיהיה צורך לכרות אותו. גם אם האשך נראה תקין אין ערובה לכך שהוא ימשיך להתפתח בצורה תקינה לאחר הניתוח, ו/או שלא יחזור לאזור הבטן, דבר שיחייב ניתוח נוסף. הוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול באשך תוך בטני. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: זיהום בפצע הניתוח, דימום, פגיעה בכלי הדם של האשך, בצינור הזרע או באשך שיגרמו לניוון; פגיעה באיברים פנימיים שתחייב פתיחת הבטן לצורך השלמת הניתוח העיקרי ותיקון הפגיעה. אני נותן/ת בזאת 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 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרזיפיטט ניתנים 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) - ובאידס (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. הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/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 החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאפוטרופוס של החולה 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' רשיון
------------	---------------	-----------

* מחק' את המיותר

