

# טופס הסכמה: ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ

## STRESS INCONTINENCE

אי נקיטת שתן (דליפת שתן) במאמץ נגרמת כתוצאה מהתרופפות התמיכה בכיס השתן והשופכה, המופיעה מסיבות שונות הגורמות לחולשת המנגנון הוסגרו ואובדן השליטה על מתן שתן. הניתוח נעשה במקרים שבהם אי נקיטת השתן גורמת לבעיות הגייניות או חברתיות קשות והפרעה ניכרת בתפקוד היום יומי. קיימות מספר גישות כירורגיות לטיפול בבעיה, סוג הניתוח שיבחר תלוי בגורם לאי השליטה, בממצאים, במצבה הבריאותי של החולה ובשיקולי המנתח. הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית ו/או כללית. שם החולה: \_\_\_\_\_

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

על ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ. פרט סוג/שם הניתוח והגישה הניתוחית.

להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, סיכויי ההצלחה והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי מפורשות כי לא ניתן להבטיח הצלחה מלאה של תיקון דליפת השתן ובטווח הרחוק התופעות עלולות לחזור. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות וקושי בהתרוקנות כיס השתן. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בעת הניתוח או מיד אחריו, לרבות: דימום, זיהום בשתן ובחתיך הניתוח; פגיעה בשלפוחית השתן ובנרתיק ובמקרים נדירים חסימת השופכנים. סיבוכים אלה עלולים להצריך שינוי הגישה הניתוחית, דהיינו, מעבר מגישה בטנית לגישה נרתיקית ולהפך, ומשיטה לפרוסקופית ל"שיטה הפתוחה" וכן טיפולים ו/או ניתוחים בעתיד. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות: הפרעה בדרגות שונות בהשתנה עד כדי עצירת שתן לתקופות שונות ואף ארוכות; תכיפות ודחיפות בהשתנה; צניחת הרחם וקיריות הנרתיק; כאב כרוני באגן וכאב בקיום יחסי מין.

הוסברו לי גם הסיבוכים האפשריים הנוספים המתייחסים לגישות הכירורגיות כמפורט: בניתוח Marshall Marchetti Krantz - אפשרות של דלקת כרונית בעצם החיק; בניתוחים בגישה לפרוסקופית - אפשרות של פגיעה בעצבי האגן; ובניתוח Sling אפשרות להיווצרות פיסטולה בין השופכה או כיס השתן לבין הנרתיק. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים/ניתוחים נוספים. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהירה/ה ומאשרת/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה 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, וקריופרציפיטט 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) - 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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/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 מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / 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
------------	---------------	-----------

\* מחקי את המיותר