

טופס הסכמה ל

ביצוע תפר בצוואר הרחם Cervical cerclage

מטרת הפעולה הינה הפחתת הסיכון ללידה מוקדמת / הפלה מאוחרת באמצעות תפירה של צוואר הרחם באמצעות תפר בלתי נספג.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים) כללית / אזורית

שם המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז. ת.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/ר פרופ':			
	שם פרטי	שם משפחה	
תאריך	שעה	חתימת המטופל	

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי תמיכה באמצעות תכשירים פרוגסטטיביים / מעקב אחר אורך צוואר הרחם.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי העיקריות לאחר הניתוח: דם לידני, התכווצויות רחמיות.

הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה בהרדמה יתברר שיש צורך לבצע פעולות נוספות כגון: הפשלה של שלפוחית השתן והרקטום ו/או דחיקה של קרומי השפיר על מנת להניח את התפר במקום המתאים ובצורה קבועה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דם לידני, ירידת מים מוקדמת, לידה מוקדמת, קרעים של צוואר הרחם, פגיעה בשלפוחית השתן, זיהומים לדניים, זיהום תוך רחמי ואובדן ההיריון. כמו כן יתכן קושי בהוצאת התפר והצטלקות הצוואר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יתברר שלא ניתן להשלימו ו/או יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח.

הוסבר לי שהפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שביצוע התפר הצווארי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
		חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
		שם האפטרופוס (קירבה)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפטרופוס של המטופל * 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' רישיון
שם המתרגם/ת	קשריו/ה למטופל	

* מחקי את המיותר