

## טופס הסכמה כללי לניתוח

שם המטופל/ת \_\_\_\_\_

מס' ת"ז \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ (שם משפחה ושם פרטי) על הצורך בביצוע ניתוח \_\_\_\_\_ (למלא את שם הניתוח ואת הצד בו יבוצע הניתוח).

האבחנה המשווערת או סיבת הניתוח: \_\_\_\_\_

הסבר על הניתוח ועל מורכבותו: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הוסבר לי גם על שיטות טיפול חלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, יתרונותיהן חסרונותיהן והתאמתן למצבי, על התוצאות המקוות, על הסיכויים להצלחה ועל הסיכונים השכיחים בביצוע הניתוח, לרבות:

כמו כן, הוסברו לי תופעות הלוואי בעקבות הניתוח הנ"ל, לרבות כאב, זיהום, דימום, דלף, צורך בניתוח חוזר או באשפוז נוסף ו/או אי נוחות.

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הניתוח יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים נוספים או אחרים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/מה להרחבה, שינוי או ביצוע הליכים נוספים או אחרים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי טאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי טסיות דם, וקריופראציפיטט 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, כישלון 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 יבוצע בהרדמה \_\_\_\_\_ (כללית/מקומית/אזורית/משולבת) ובמידה שיהיה צורך בכך, ההרדמה תשתנה בהתאם לשיקול דעת הרופאים המטפלים. ההסבר על תהליך ההרדמה וסיבוכיו יינתן לי על ידי מרדים.

מדבקת המטופל

אני יודע/ת ומסכים/מה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו ע"י מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים וההוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח.

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא התם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

קשריו/ה למטופל/ת

שם המתרגם/ת