

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון "פתוח" של בקע מפשעתי

OPEN REPAIR OF INGUINAL HERNIA

בקע מפשעתי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים רחוקות פגם נרכש שתיקונו מחייב ניתוח. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות את קיומו כמו כאבים ואי נוחות, לשחרר כליאה, או מניעת כליאתו של הבקע בעתיד. תיקון בקע מפשעתי אצל בנים/גברים כולל את הפרדת שק הבקע מכבל הזרע לשם כריתתו. שק הבקע יכול להכיל בתוכו את אחד מאברי הבטן (מע, כיס שתן, וכו') ואצל בנות/נשים גם שחלה). טרם החזרת האיברים שנמצאו בשק לחלל הבטן, נבדקת תקינותם. במידה שימצא נזק יש צורך לתקנו. קיימים מקרים בהם התיקון יתבצע תוך שימוש בשתל רשת. הוסבר לי שכליאה של הבקע עלולה לגרום לנזק לאיבר שנכלא ומחייבת תיקון ניתוחי דחוף, לעיתים בחתך נוסף. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית דרך חתך באזור המפשעה.

שם החולה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון בקע מפשעתי בצד ימין / שמאל / דו צדדי* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי שנוק לאיבר שנכלא עלול להיות בלתי הפיך ולעיתים ידרוש את כריתתו. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, בצקת במפשעה ובשק האשכים שעלולה לגרום לנזק באשך, נזק לכלי דם שעלול לגרום לפגיעה באשך בעיקר בנייתוחים חוזרים, נזק לחבל הזרע שעלול לפגוע בתפקוד האשך באותו צד, נזק לכלי דם ועצבים העוברים באזור וכן הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח נוסף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופוציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לזריר, 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 סיכון 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.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, יתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה ל כך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 ובכפוף לחוק.

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

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

אני מאשר/ת כי הסכמתי 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
------------	---------------	-----------

* מחק / י את המיותר

