

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון בקע טבורי REPAIR OF UMBILICAL HERNIA

בקע טבורי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים פגם נרכש. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות כמו כאבים ודלקת, שחרור כליאה, או למניעת כליאתו של הבקע בעתיד. קיימים מקרים בהם התיקון יתבצע תוך שימוש בשתל רשת. במקרים מסוימים יהיה צורך בכריתת הטבור עצמו. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית.

שם החולה: _____

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

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון בקע טבורי (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון בקע טבורי (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ולעיתים נדירות פגיעה באיברים פנימיים שתחייב הרחבת הניתוח לצורך תיקון. במקרים בהם נעשה שימוש בשתל רשת קיימת אפשרות של הופעת תגובה דלקתית באזור התיקון שתצריך ניתוח להוצאתו. כמו כן קיימת אפשרות של הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח חוזר. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוני דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוני 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 לעירוני 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 עירוני דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני מצהירה ומאשרת 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 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, יינתן לי הסבר על ההרדמה 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 מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערן _____

ת: _____

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה _____ מס' רשיון _____