

## טופס הסכמה: ניתוח לכריתת התוספתן

### APPENDECTOMY

תלונות וממצאים קליניים המחשידים לקיום דלקת חריפה של התוספתן, מחייבים ניתוח לכריתתו. נוכחות תוספתן דלקתי בבטן גורמת לזיהום תוך בטני ממוקד או מפוזר בחלל הבטן המסכן חיים. לעיתים, בעת הניתוח, יתגלה מצב דלקתי מסובך שבו לא ניתן לכרות את התוספתן, ואז יש צורך להשאיר נקז במקום הניתוח ולנתח שנית במועד מאוחר יותר. במצבים בהם נמצא שהתוספתן אינו מודלק, תבוצע סקירה של הבטן לשם איתור וזיהוי סיבת התלונות והממצאים הקליניים, ובהתאם לכך יתבצע הטיפול הניתוחי. כריתת תוספתן במקרים אלה תהא נתונה לשיקולו של המנתח.  
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מזהירה/ה ומאשרת/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בכריתת התוספתן (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שתחכן אפשרות שהתוספתן ימצא לא מודלק אך בכל זאת יוחלט לכרות אותו.

אני מזהירה/ה ומאשרת/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן, הדבקויות שעלולות לגרום לעקרות מכנית אצל נשים.

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מזהירה/ה ומאשרת/ת 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.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט 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.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך 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 מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין 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