

טופס הסכמה : טיפול בסדק בפי הטבעת REPAIR OF ANAL FISSURE

מטרת הטיפול היא להקטין את עוצמת הכיווץ של סוגרי פי הטבעת על מנת להקל על הכאבים ולאפשר רפוי הסדק/פצע ברירת פי הטבעת. ניתן להקטין את עוצמת הכיווץ בשתי דרכים : האחת, הרחבה ידנית של שריר סוגר פי הטבעת והשניה חיתוך(בניתוח) של שריר הסוגר הפנימי. ההחלטה על דרך הטיפול נעשית על פי שיקול דעת רפואי ובהתאם לממצאים. הטיפול מתבצע, בדרך כלל, בהרדמה כללית או אזורית ולעיתים בהרדמה מקומית.

שם החולה _____

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

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

על ניתוח/טיפול בסדק בפי הטבעת ANAL DILATATION /LATERAL SPHINCTEROTOMY /אחר* פרט :
(להלן : "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרון, חסרון והתאמתן למצבי.

כמו כן הובהר לי שאין בטחון מוחלט שהטיפול העיקרי יפתור את הבעיה, ולעיתים יהיה צורך בטיפולים נוסף/ים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הטיפול העיקרי, לרבות : כאב, אי נוחות ועצירות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות : דימום, זיהום עד כי התפתחות מורסה, ואפשרות ליצירת נצור(פיסטולה) שלעיתים תחייב ניתוח נוסף. כמו כן קיים סיכון של פגיעה בסוגרי פי הטבעת אשר עשויה להתבטא באי שליטה על פליטת גזים והכתמת התחתונים בריר / צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים. רוב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי חיזוק של שרירי פי הטבעת ורצפת האגן. במקרים נדירים יישאר נזק קבוע לסוגרים.

אני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שיתגלו בבדיקה תחת הרדמה (בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הניתוח בשל הכאבים בפי הטבעת). לכן אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

ידוע לי כי עירו דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירו לוויריד, 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 לעירו נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם מהלי 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 עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת. הובהר לי שהטיפול העיקרי מתבצע בהרדמה אזורית או כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידה ויוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול 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, וכי האחראי על הטיפול העיקרי יהיה די"ר _____

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

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.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה