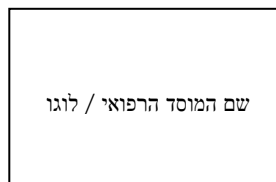




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 01/2019

טופס הסכמה ל

ניתוח פתיחת בטן חוקרת
EXPLORATORY LAPAROTOMY

פתיחת בטן חוקרת מיועדת לאבחון ולטיפול במצבים ו/או אירועים חריפים המחייבים הסתכלות על אברי הבטן וכן במצבים שאינם דחופים לצורך אבחנה. לעיתים כאשר ההסתמנות הקלינית אינה ברורה ואינה מאפשרת אבחון מדויק וקבלת החלטה טיפולית בדרך אחרת תידרש פתיחת בטן חוקרת. ברוב המקרים, בניתוחים מסוג זה, יבוצע חתך ניתוחי נרחב כדי לאפשר סקירה של חלל הבטן, איתור וטיפול בבעיה התוך ביטנית.

הטיפול עשוי לכלול כריתה חלקית או שלמה של איברים פגועים וכן, לעיתים, יחליט המנתח כי יש צורך להשאיר את דופן הבטן פתוחה לפרק זמן שלא ניתן לקבוע אותו מראש וכן שייתכן צורך בניתוח נוסף להשלמת הטיפול.

ייתכן שבניתוח ימצא שאין בעיה כירורגית באיברי הבטן ולא יבוצעו כל פעולות כירורגיות נוספות. ייתכן והניתוח לא יביא לפתרון מלא או חלקי של הבעיה הרפואית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **כללית**

שם המטופל:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':



שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

חתימת המטופל	שעה	תאריך
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>מדבקת המטופל</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">שם המוסד הרפואי / לוגו</div>

על הצורך בפתיחת בטן חוקרת בשל חשד ל _____ להלן: "הניתוח העיקרי".

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי ותופעות הלוואי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן שתחייב ניתוח חוזר, חסימת מעיים, היפרדות העור, היפרדות החותלת (פאציה) ודופן הבטן, בקע באזור הצלקת הניתוחית, והתפתחות פיסטולה (נצור) בין מעי דק WoגWק שניהם לעור או לחלל האוויר.

כמו כן הוסבר לי שקיימת אפשרות להוצאת סטומה (פיום) של מעי דק WoגWק או שניהם, מצב בו קיימת הטיית צואה על ידי הוצאת המעי דרך דופן הבטן ואיסוף צואה אל שקית המחוברת לדופן הבטן.

הובהר לי שסטומה (פיום) עלולה להישאר לצמיתות או באופן זמני וכי סגירתה תחייב ניתוח בטן חוזר.



הובהר לי שייטכן וממצאי הניתוח ו־W או הטיפול שניתן יחייב הוצאת מנקזים מחלל הבטן דרך דופן הבטן. מנקזים אלה יכולים להישאר לזמן ממושך עד החלטת הרופא המטפל להוצאתם.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים הקשורים בממצא הכירורגי עצמו שיתגלה לאחר פתיחת הבטן ובפעולה שתידרש וכן סיבוכים האפשריים בכל התערבות ניתוחית נרחבת. פגיעה מערכתית נרחבת כתוצאה מסיבוכים אלה עלולה להסתיים במוות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך ניתוח לפתיחת בטן חוקרת יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח יתבצע בהרדמה כללית וההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שניתוח לפתיחת בטן חוקרת וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/פעולה/טיפול העיקרי/ת.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
--------------------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל
-------------	--------------

