

שם המוסד הרפואי / לוגו



מדבקת המטופל

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל

כריתת גידול מכיס השתן Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor

הניתוח מבוצע בחולים בהם נדרשת כריתת גידול שזוהה בכיס השתן לצורך קביעת אבחנה וטיפול. כמו כן, בחולים בהם נדרשת נטילת דגימה מרירית כיס השתן (ביופסיה) במקרים של חשד לתהליך ממאיר בדופן כיס השתן וכן, לצורך נטילת דגימה מרירית כיס השתן לשם ביקורת לאחר כריתת גידול. הפעולה המקדימה לניתוח היא ציסטוסקופיה בה מוחדר לכיס השתן, דרך השופכה, מכשיר שבתוכו מערכת אופטית המאפשרת את סקירת כיס השתן והשופכה ודרכו ניתן להעביר את המיכשור לצורך כריתת רקמה וצריבת מקום הכריתה למניעת דימום.

ציסטוסקופיה מאפשרת ביצוע פעולות נוספות בכיס השתן כמו הוצאת אבנים, קרישי דם גדולים וגם צינתור השופכנים למטרות שונות.

פעולות אלה אפשריות לביצוע באמצעות מקורות אנרגיה שונים. הטכניקה ובחירת מקור אנרגיה לבצוע נתונה לשיקול דעתו של המנתח. לאחר הניתוח, בדרך כלל, יושאר צנתר בכיס השתן לצורך ניקוז שלפוחית השתן ושטיפה של קרישי דם מאזור הניתוח.

צורת ההרדמה המלווה ניתוח זה: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם החולה:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



החברה לניהול סיכונים ברפואה ב"מ
מקבוצת סדנס



שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע הפעולה של נטילת דגימה מרירית כיס השתן ו/או כריתת גידול מכיס השתן - Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor. (להלן: הניתוח העיקרי)

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי (לפי החלטת הרופא המפנה לבדיקה),

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות וכן, דימום בהשתנה וצריבה לאורך השופכה. הוסבר לי כי התופעות עלולות להופיע גם לאחר

הוצאת הצנתר מכיס השתן וכוללות: תכיפות בהשתנה, שתן דמי וצריבה במתן שתן וכי תופעות אלה הן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך מספר ימים, כן הוסבר לי כי תתכן עצירה מוחלטת של השתן, לאחר הוצאת הצנתר, אשר תחייב החזרת צנתר לפרק זמן נוסף עד לגמילה ממנו.

כמו כן, הוסברו לי סיכונים וסיבוכים אפשריים לרבות התפתחות של דלקת בדרכי השתן ו/או בדרכי המין, מלווה בחום, צמרמורת ודימום שיצריכו הארכת אישפוז או אישפוז מחדש, התנקבות (perforation) של דופן כיס השתן שעלולה לחייב התערבות כירורגית פתוחה בהמשכו של הניתוח העיקרי. סיבוכים נוספים אפשריים כוללים פגיעה והופעת היצרות של פיית שופכן, במקרה שהגידול נמצא בקרבתו או הופעת היצרות של השופכה. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות כגון: כריתת רקמת ערמונית, צנתור השופכנים, צילום של מערכת השתן, השארת צנתרים פנימיים בשופכנים והרחבת השופכה במקרים של היצרות, ואני מסכים/ה לביצוע פעולות טיפוליות נוספות כנדרש.

אני מצהירה/ה ומאשר/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, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.



שם המוסד הרפואי / לוגו



מדבקת המטופל

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית

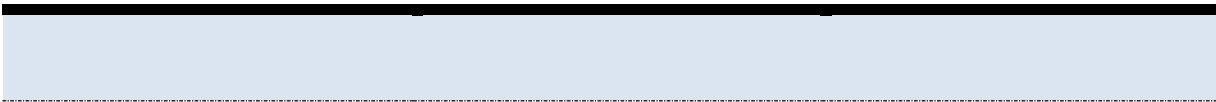
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. (נא הקף בעיגול)

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח/פעולה עיקרי וכל הליך אחר ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

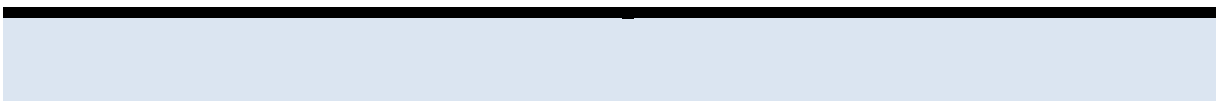
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



חתימת המטופל

שעה

תאריך



חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.



תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת