

טופס הסכמה: קרינה תוך ניתוחית לשד

INTRA OPERATIVE BREAST IRRADIATION

קרינה תוך ניתוחית לשד מתבצעת במהלך ניתוח לכריתת שד חלקית, ומטרתה להפחית את הסיכון לחזרה מקומית של המחלה ולמנוע צורך בקרינה חיצונית. הטיפול מתבצע תוך כדי הניתוח, על ידי החדרת אפליקטור למיטת הגידול אחרי כריתתו, ומתן קרינה ממוקדת למיטת הגידול. מתן הטיפול הקרינתי אורך בין 20 ל-70 דקות, ומאריך את משך הניתוח בהתאם.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי	שם משפחה

על מתן טיפול קרינתי תוך ניתוחי במהלך ניתוח לכריתת גידול משד ימין/שמאל* (להלן: "הטיפול העיקרי"). מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות לחזרת הגידול למרות הטיפול הקרינתי, וכן שבהתאם לממצאי הניתוח, עשוי להיות צורך גם בטיפול קרינתי חיצוני. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי לאחר הקרינה, לרבות: כאב, אי נוחות, אודם עורי, והצטברות נוזל באזור הניתוח (סרומה). כמו כן, הוסברו לי הסיכויים האפשריים לאחר הטיפול הקרינתי, לרבות: זיהום באזור/י הניתוח, הפרעה בריפוי הפצע, היפרדות שולי הפצע, שינוי צבע העור באזור המוקרן, ושינוי בצורת השד. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע קרינה תוך ניתוחית לשד.

אני יודעת ומסכימה לכך שהטיפול הקרינתי 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 הניתוח יהיה**

שם הרופא/ה

תאריך	שעה	חתימת החולה

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון

* מחקי את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.
** למילוי במקרה של ניתוח פרטי.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

הסתדרות הרפואית בישראל
החברה הישראלית למחלות שד
יגוד הכירורגים בישראל

