

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

### טופס הסכמה: ניתוח כריתת רחם עם/ללא כריתת טפולות HYSTERECTOMY W/ WO SALPINGO OOPHORECTOMY

כריתת רחם עם/ללא טפולות מתבצעת מסיבות שונות. ההוריה לניתוח הנוכחי היא:

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית.

שם המטופל/ת

ת"ז

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

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

שם משפחה

שם פרטי

על ניתוח כריתת רחם שלימה / תת שלימה\*, בגישה בטנית\*/ וגינלית\*/ לפרוסקופית\*, עם/ללא\* כריתת טפולות (להלן: "הניתוח העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובהרו לי התוצאות המקוות ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בהם. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי מערכת השתן, פגיעה באיברי מערכת העיכול פגיעה בכלי דם ופגיעה עצבית.

הסיכונים עשויים להתגלות במהלך הניתוח, או בשלב מאוחר יותר. הוסבר לי כי פגיעות אלו ייתכן ויחייבו תיקון כירורגי בהרדמה מלאה.

הוסבר לי שאם הניתוח העיקרי כולל גם כריתת טפולות, יתכן צורך בטיפול הורמונלי חלופי על מנת למנוע תופעות של גיל המעבר. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

החברה לניהול סיכונים  
ברפואה



ההסתדרות הרפואית  
בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה



## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה\* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת רופא/ה

שם הרופא/ה

\* מחקי את המיותר

החברה לניהול סיכונים  
ברפואה



ההסתדרות הרפואית  
בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

