

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: לפרוסקופיה גניקולוגית

LAPAROSCOPIC PROCEDURE IN GYNECOLOGY

לפרוסקופיה גניקולוגית הינה הסתכלות לתוך הבטן, לצורך אבחון ו/או טיפול במחלות ובמצבים גניקולוגיים פתולוגיים תוך בטניים ואגניים. טיפול בהם כולל גם אפשרות כריתה של איברים כמו שחלה, חצוצרה ורחם. ההסתכלות לתוך הבטן נעשית באמצעות חדרת מכשיר אופטי באזור הטבור ומכשירים כירורגיים נוספים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. התהליך מתבצע עם או בלי חדרת גז CO2 לחלל הצפק דרך מחט מיוחדת. בשיטה זו תהליך ההתאוששות וההחלמה מהיר יותר מאשר בשיטה המסורתית של פתיחת הבטן - "השיטה הפתוחה", הכאב בדרך כלל קל יותר והצלקות שונות הן לרוב זעירות. הפעולה נעשית בדרך כלל בהרדמה כללית אך ניתן לבצע גם בהרדמה מקומית מלווה במתן חומרי הרגעה.

שם החולה:

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

ת.ז.

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

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך בביצוע לפרוסקופיה לשם _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לרבות: כאב באזור החתכים, כאב באזור הכתפיים הנובע מגירוי הסרעפת כתוצאה מהאוויר שהוחדר לחלל הבטן, שיחלפו, בדרך כלל, תוך כמה ימים.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, פגיעה באיברי הבטן או בכלי דם גדולים או קושי טכני בביצוע הפעולה אשר יתכן ויצריכו מעבר ל"שיטה הפתוחה", דהיינו, פתיחת הבטן לצורך ביצוע פעולה מתקנת או לצורך השלמת הניתוח העיקרי ובמקרים נדירים ביותר מוות.

כמו כן, הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים האמורים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר. ניתן לי הסבר על האפשרות לבצע את הפעולה ב"שיטה הפתוחה", לרבות תופעות הלוואי, הסיכויים והסיכונים בשיטה זו ומשך ההחלמה. לאחר ששקלתי את שתי האפשרויות אני מבקש/ת ומסכים/ה לביצוע הניתוח העיקרי בשיטה הלפרוסקופית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים 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 לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ולמתן חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח 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.

חתימת החולה

שעה

תאריך

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה

שם האפוטרופוס (קירבה)

נפש)

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

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

מס' רשיון

*מחק/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

