

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: כריתה לפרוסקופית של כיס מרה *LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY*

כריתת כיס מרה בדרך לפרוסקופית היא השיטה המקובלת כיום לטיפול במחלת כיס מרה על רקע אבנים ו/או דלקות. הפעולה מכונה גם "השיטה הסגורה" ונעשית באמצעות החזרת מכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

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 בכריתת כיס מרה בשיטה לפרוסקופית (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן.
גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, נזק לצינוריות המרה שעלול לגרום לנזק לכבד ופגיעה באיברי בטן אחרים. כמו כן קיימת אפשרות של מעבר אבנים קטנות לדרכי המרה בעת הניתוח העיקרי שתצריך את הוצאתן במועד מאוחר יותר. חלק מהסיבוכים עלול להצריך ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים.

כמו כן הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/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 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ע 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 מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה

שם האפוסטרופוס (קירבה)

נפש)

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

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
איגוד ישראלי לכירורגיית ילדים

