

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת ערמונית עקב הגדלה שפירה

PROSTATECTOMY FOR BENIGN HYPERPLASIA

הניתוח מתבצע במקרים של ערמונית שפירה מוגדלת הגורמת להפרעות בהטלת שתן או במערכת השתן. ניתן לבצע את כריתת הערמונית במספר שיטות: בגישה בטנית (השיטה הפתוחה - OPEN PROSTATECTOMY); דרך השופכה (השיטה הסגורה - TURP - TRANS URETHRAL RESECTION OF PROSTAE) או בשיטות אחרות. ניתוחים דרך השופכה אפשריים באמצעות מקורות אנרגיה שונים. השיטה לבצוע הניתוח נתונה בהתאם לשיקול דעתו של המנתח. לאחר הניתוח יושאר צנתר בכיס השתן לצורך שטיפה של קרישי דם מאזור הניתוח.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

שם _____ שם משפחה _____ שם _____

פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת הערמונית, בגישה ביטנית (שיטה פתוחה) / דרך השופכה (שיטה סגורה) * / אחר, פרט: _____ (להלן: הניתוח העיקרי).

ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, דימום, וצריבה לאורך השופכה. במקרים בהם הניתוח כולל קשירה דו צדדית של צינוריות הזרע, הדבר יביא לעקרות. הוסבר לי התופעות העלולות להופיע לאחר הוצאת הצנתר מכיס השתן הכוללות: תכיפות וצריבה במתן שתן וקושי במתן שתן עד לעצירה מוחלטת שתחייב החדרת צנתר לפרק זמן נוסף. בעקבות הניתוח, במרבית השיטות, מופיעה שפיכה אחורית. הוסבר לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: דמם שלעיתים יצריך טיפול כירורגי; זיהום בדרכי השתן ו/או באשכים; איבוד שתן במאמץ בדרגות שונות ועד להופעתה, לעיתים רחוקות, של אי שליטה מוחלטת במתן שתן; התקבות כיס השתן, העלולה להצריך טיפול כירורגי, ואיבוד יכולת הזיקפה. הסיכונים המאוחרים האפשריים: היצרות של צוואר כיס השתן או השופכה שיצריכו ניתוח או ביצוע הרחבות לתיקון ההיצרות. אני נתן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן 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 במלואן, אך משמעותם הובהרה לי לרבות, מעבר משיטה סגורה לפתוחה. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים. אני יודע/ת, מאשר/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה שלפסול דין, קטין או חולה 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' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחק את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד האורולוגים הישראלי

