

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: דיקור ושאיבה של תאי זרע מאשך ו/או מיותרת האשך ו/או להשגתם באמצעות ניתוח באשך

פעולות פולשניות לאיסוף זרעונים מבוצעות כאשר אין נוכחות של תאי זרע בזרממה. זרעונים ניתן להשיג על ידי דיקור ושאיבה ישירה מהאשך ו/או מיותרת האשך, או על ידי הוצאת דגימה מריקמת האשך. הפעולות מתבצעות בהרדמה מקומית או כללית.

שם המטופל

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

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הפעולה של דיקור ושאיבת תאי זרע מהאשך ו/או מיותרת האשך ו/או כריתת מקטע של רקמת אשך (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי כי קיימת אפשרות שעל מנת להפיק תאי זרע יהיה צורך לעבור מפעולה אחת לאחרת מבין הפעולות המוזכרות, וכן שיהיה צורך ביותר מדיקור אחד, ו/או דיקור/ניתוח של שני האשכים.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהשיטות הפולשניות לאיסוף תאי זרע הינן חדשות יחסית ושיעור ההריונות מתאי זרע שהופקו בדרך זו לא גדול. כשהבעיה נובעת מייצור מופחת של תאי זרע שיעור ההריונות הוא כ-15%. במקרים בהם יצור תאי זרע באשך תקין אך קיימת חסימה או ניוון של צינוריות הזרע שיעור ההריונות נע סביב כ-30%.

כמו כן הוסבר לי שב-40%-50% מהגברים אשר אין בזרממתם נוכחות של תאי זרע, לא ימצאו כל תאי זרע גם ברקמת האשך שהוצאה בניתוח. הוסבר לי כי קיימת אפשרות שגברים עם מיעוט קיצוני של זרעונים, הנוקקים לפעולות הפולשניות המוזכרות, עלולים להעביר את בעיית הפרייה בתורשה לבניהם.

הוסבר לי שהזרעונים שימצאו כתוצאה מן הטיפול, אם ימצאו, ישמשו להפריית ביציות בת זוגי. עודפי רקמה או עודפי זרעונים, יוקפאו וישמשו לניסיונות הפרייה נוספים אם אזדקק לכך בעתיד.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הטיפוליות ועל תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ויצירת נוגדנים נגד תאי הזרע.

הוסברו לי הסיכונים והסיכויים בטיפול העיקרי לרבות זיהום, דימום, נפיחות זמנית ו/או שנוי צבע של שק האשכים שתגרום להפרעה בתפקוד היום יומי ולעיתים נדירות גם לניוון האשך/האשכים.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה המטפל יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכויים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. במידה ויוחלט על הרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע ומסכים לכך שהטיפול העיקרי 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 בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

אני מאשר/ת כי הסכרתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ מס' רשיון _____

