

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי CESAREAN SECTION

ניתוח קיסרי מבוצע לצורך חילוץ העובר מהרחם במצבים בהם לא ניתן לחלץ את העובר דרך הנתיק מחשש סיכון או בשל סיכון ממשי לילדת ו/או לעובר.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית.

שם היולדת:

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח קיסרי (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי כי שיעורי התחלואה בניתוח קיסרי עולים על אלה שבלידה נרתיקית ומוגברים ככל שגדל מספר הניתוחים הקיסריים באותה אשה. תמותה מניתוח קיסרי גבוהה מאשר בלידה נרתיקית, אך מאד נדירה. כמו כן הוסבר לי שניתוח קיסרי מגביל את האפשרות ללדת בלידה נרתיקית בעתיד. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים לרבות: דימום עד כדי צורך בכריתת הרחם; זיהום של הרחם ו/או החצוצרות ו/או השחלות ו/או איברי הבטן האחרים; ופגיעה באיברי הבטן או בכלי דם אשר תצריך פעולה כירורגית מתקנת. הוסבר לי כי קיימת אפשרות שהסיכוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי וכי יהיה 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 מתבצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/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.

תאריך _____ שעה _____ חתימת היולדת _____

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

* מחקי את המיותר

