המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: לפרוסקופיה גינקולוגית
LAPAROSCOPIC PROCEDURE IN GYNECOLOGY

לפרוסקופיה גינקולוגית הינה הסתכלות לתוך הבטן, לצורך איבחון ו/או טיפול במחלות ובמצבים גינקולוגים פתולוגיים תוך בטניים ואגניים. טיפול בהם כולל גם אפשרות כריתה של איברים כמו שחלה, חצוצרה ורחם.

ההסתכלות לתוך הבטן נעשית באמצעות החדרת מכשיר אופטי באזור הטבור ומכשירים כירורגים נוספים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. התהליך מתבצע עם או בלי החדרת גאז CO_2 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 שנותרות הן לרוב זעירות.

הפעולה נעשית בדרך כלל בהרדמה כללית אך ניתן לבצעה גם בהרדמה מקומית מלווה במתן חומרי הרגעה.

שם החולה: _____ _____ _____ _____

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 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 מגרוי הסרעפת כתוצאה מהאויר 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 ינתן לי על ידי מרדים.

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

_____ _____ _____

תאריך | שעה | חתימת החולה

_____ _____

שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

_____ _____ _____

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

* מחק/י את המיותר

2001 נובמבר/OBGYN/LAP/5421/0054 מ'

ההסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה
MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ