



טופס הסכמה: כריתת קטע רקמה מצוואר הרחם ע"י לולאה חשמלית

מטרת הניתוח היא לטפל בנגעים טרום סרטניים בצוואר הרחם, לפני שיהפכו לממאירים. במהלך הפעולה נכרתת בעזרת לולאה, בה מועבר זרם נמוך של חשמל, פיסת רקמה מצוואר הרחם. הפעולה מתבצעת במרפאה בהרדמה מקומית או אזורית או כללית, על פי שיקולי הרופא. לאחר הפעולה יש להישאר להשגחה על פי סוג ההרדמה.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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

שם פרטי ושם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת קטע רקמה מצוואר הרחם על ידי לולאה חשמלית (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בהן.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הפעולה העיקרית, לרבות כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה ודימום קל העלול להימשך כארבעה שבועות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית, לרבות דימום משמעותי, זהום באגן או בנרתיק, היצרות של צוואר הרחם, פגיעה ברקמות סמוכות כמו הנרתיק, כיס השתן או המעי. הוסברה לי האפשרות של צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיבוכים אלה. הובא לידיעתי שחלק מהנשים שהרו לאחר כריתת קטע רקמה מצוואר הרחם על ידי לולאה, ילדו ילדים מוקדם יותר ובמשקל לידה נמוך יותר מנשים שלא עברו פעולה זו. הובהרה לי החשיבות שבהימנעות מפעולה גופנית מאומצת משך ימים מספר לאחר הפעולה. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי או אחריו, יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות כמו עצירת דימום נרחב או טיפול בפגיעות באיברים סמוכים, או פעולות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת הרופא המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.



הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות שטף דם ונפיחות מקומית וכאב באזור ההזרקה, ולעיתים נדירות תגובה אלרגית לחומרי ההרדמה המקומית בדרגות חומרה שונות. לגבי הרדמה אזורית או כללית יינתן לי הסבר נפרד על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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, וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

X

חתימה

שעה

תאריך

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

קרבת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מחק/י את המיותר *