



טופס הסכמה: ניתוח כריתת רחם עם / ללא כריתת טפולות HYSTERECTOMY W/WO SALPINGO OOPHORECTOMY

כריתת רחם עם / ללא טפולות מתבצעת מסיבות שונות. ההוריה לניתוח הנוכחי היא:

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית.

שם המטופלת:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט מד"ר			
שם פרטי ושם משפחה			

על ניתוח כריתת רחם שלימה / תת שלימה*, בגישה בטנית* / וגילית* / לפרוסקופית*, עם* / ללא* כריתת טפולות (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשר/ת בזאת כי הובהרו לי התוצאות המקוות ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בהם.

אני מצהירה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי-נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באברי מערכת השתן, פגיעה באיברי מערכת העיכול פגיעה בכלי דם ופגיעה עצבית.

הסיכונים עשויים להתגלות במהלך הניתוח, או בשלב מאוחר יותר. הוסבר לי כי פגיעות אלו ייתכן ויחייבו תיקון כירורגי בהרדמה מלאה. הוסבר לי שאם הניתוח העיקרי כולל גם כריתת טפולות, יתכן צורך בטיפול הורמונלי חלופי על מנת למנוע תופעות של גיל המעבר.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהירה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



-2-

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר*

שם הרופא/ה המנתח/ת

X		
תאריך	שעה	חתימה
שם האפוטרופוס	קרבת האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה	חתימה וחותמת הרופא/ה	מס' הרישיון
------------	----------------------	-------------

*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.