



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת התוספתן בגישה פתוחה או לפרוסקופית OPEN OR LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

תלונות וממצאים קליניים המחשידים לקיום דלקת חריפה של התוספתן, מחייבים ניתוח לכריתתו. נוכחות תוספתן דלקתי בבטן גורמת לזיהום תוך בטני ממוקד או מפוזר בחלל הבטן, המסכן חיים. לעיתים, בעת הניתוח, יתגלה מצב דלקתי מסובך שבו לא ניתן לכרות את התוספתן, ואז יש צורך להשאיר נקז במקום הניתוח ולנתח שנית במועד מאוחר יותר. במצבים בהם נמצא שהתוספתן אינו מודלק, תבוצע סקירה של הבטן לשם איתור זיהוי סיבת התלונות והממצאים הקליניים, ובהתאם לכך יתבצע הטיפול הניתוחי. כריתת התוספתן במקרים אלה תהא נתונה לשיקולו של המנתח.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, בגישה פתוחה או לפרוסקופית. הגישה תבחר בשיתוף המנתח ולשיקול דעתו של המנתח. קיימת אפשרות למעבר לפתיחת בטן נרחבת, ביחוד בגישה הלפרוסקופית, וזאת במידה של קושי טכני או מטעמי בטיחות או לטיפול בפגיעה לא מכוונת בכלי דם ראשי ו/או איבר בטני.

שם החולה:

שם המשפחה	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 בכריתת התוספתן ("להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מאשר/ת בזאת לביצוע הניתוח בגישה פתוחה/לפרוסקופית, משניתן לי הסבר על שתי האפשרויות והסיכונים הכרוכים.

הוסבר לי שתתכן אפשרות שהתוספתן ימצא לא מודלק אך בכל זאת יוחלט לכרות אותו.

הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן. גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית, קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח. הוסבר לי כי ייתכן שהרופא המנתח יחליט במידת הצורך על מעבר לניתוח הפתוח בעודי מורדם ואני מביע את הסכמתי מראש לאפשרות כזו. הוסבר לי כי גם כאשר הניתוח מבוצע בשיטה הלפרוסקופית, לא מדובר בניתוח "קטן" ומעבר לחתך בדופן הבטן, הניתוח הלפרוסקופי זהה לניתוח הפתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום וצורך בהחזר דם, זיהום באתר הניתוח או בפצע הניתוח שיחייב לעיתים ניקוז וטיפול אנטיביוטי ועלול להתפתח לאלח דם וסיבוכיו, סיבוכים הכרוכים בהרדמה כללית וניתוח גדול (תסחיף ריאתי, דלקת ריאות, מאורע לבבי, מוחי ועוד), סיבוכים בפצע הניתוח, פגיעה בכלי דם, פגיעה באיברי הבטן, הידבקויות שעלולות לגרום לעקרות משנית אצל נשים, דליפה מגדם התוספתן לרבות בניתוח חוזר ובמקרים נדירים תמותה. הוסבר לי כי במקרים מאוד נדירים פגיעה בלתי מכוונת עלולה שלא להתגלות במהלך הניתוח ולהצריך ניתוח נוסף.



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 לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן 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 או אחריו.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה והסיבוכים האפשריים יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח, 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,

וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר*

שם הרופא/ה המנתח/ת

הוסבר לי והבנתי את הצורך במעקב רפואי שנתי לאחר הניתוח ובשמירה על אורח חיים בריא בהתאם להמלצות הרופא.

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

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

מס' הרישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה