



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת שד מלאה/חלקית עם/בלי כריתה של קשריות זקיף/קשריות בית השחי LUMPECTOMY / MASTECTOMY

ניתוח לכריתת שד חלקית או מלאה מבוצע לצורך הסרת גידול מהשד. היקף הניתוח תלוי בגודל הגידול, מיקומו בשד ונתונים נוספים של המחלה.

שם החולה:

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

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

שם פרטי _____ ושם משפחה _____

על ניתוח לכריתה **מלאה / חלקית** * של השד **וביפסיה של קשריות הזקיף / כריתת קשריות בית השחי * שד ימין / שמאל ***, (להלן: הניתוח העיקרי).

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי **התוצאות המקוות ותופעות הלוואי לאחר הניתוח**, לרבות: כאב, אי נוחות, והגבלה בתנועה באזורים המנותחים שבדרך כלל חולפים עם הזמן.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור/י הניתוח, אי הוצאת הממצא בשלמות וצורך בניתוח חוזר, הצטברות נוזל (סרומה) ועוות בשד. במקרה של כריתת קשריות בית השחי הוסבר לי שסיבוכים אפשריים כוללים: פגיעה בעצבים או כלי דם, ואפשרות של פגיעה בניקוז הלימפטי של הזרוע שעשוי לגרום להתנפחות של הזרוע (לימפאדמה).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי, יהיה 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 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.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה 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 _____



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

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' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

- מחק/י את המיותר והקף בעיגול את המתוכנן