



## טופס הסכמה: ניתוח לפרוסקופי LAPAROSCOPIC SURGERY

ניתוח לפרוסקופי מכונה גם "השיטה הזעיר פולשנית" ונעשית באמצעות ניפוח חלל הבטן בגז CO<sub>2</sub>, והחדרת מצלמה ומכשירים דרך מספר חתכים קטנים (על פי רוב ארבעה) בדופן הבטן. את הניתוח מבצע הרופא המנתח כאשר הוא רואה על גבי מסך את המתרחש בחלל הבטן. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

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 בניתוח לפרוסקופי מסוג \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה פתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן. גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח. הוסבר לי 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 הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: הוסבר לי כי הסיכוי לפגיעה באיבר תוך בטני כגון לולאת מעי או כלי דם, בעת החדרת המכשירים הלפרוסקופים הוא 0.5%-2%. בנוסף קיים סיכון לסיבוך באתר הניתוח כגון: דימום, זיהום, פגיעה באיברי בטן אחרים וכן זיהום בפצעי הניתוח (לאדמומיות, כאב והפרשות מוגברות שיצריכו שימוש באנטיביוטיקה). חלק מהסיבוכים עלול להצריך פעולות או ניתוחים נוספים, מידיים או מאוחרים.

כמו כן הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר. כמו בכל ניתוח בטן יכולים להיות סיבוכים מערכתיים (לב, ריאות, מוח). סיבוכים חמורים עלולים לגרום למוות במהלך הניתוח או אחריו. לאחר ההליך תיתכן הרגשת בחילה, כאבים ו/או נפיחות בבטן.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר 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 לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

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

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

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\*מחקי/את המיותר והקפי/ בעיגול את המתוכנן.