



טופס הסכמה: ניתוח לתיקון בקע טבורי REPAIR OF UMBILICAL HERNIA

בקע טבורי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים פגם נרכש. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות כמו כאבים ודלקת, שחרור כליאה, או למניעת כליאתו של הבקע בעתיד.

קיימים מקרים בהם התיקון יתבצע תוך שימוש בשתל רשת. במקרים מסוימים יהיה צורך בכריתת הטבור עצמו.

הניתוח מבוצע בדרך כלל 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 בביצוע ניתוח לתיקון בקע טבורי (להלן: "הניתוח העיקרי").

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

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ולעיתים נדירות פגיעה באיברים פנימיים שתחייב הרחבת הניתוח לצורך תיקון.

במקרים בהם נעשה שימוש בשתל רשת, קיימת אפשרות של הופעת תגובה דלקתית באזור התיקון שתצריך ניתוח להוצאתו.

כמו כן קיימת אפשרות של הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח חוזר.

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 האחרים 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 אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה 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 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	X	תאריך
חתימה	שעה	
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.

שם הרופא/ה _____ חתימה וחותמת הרופא/ה _____ מס' הרישוי _____

*מחקי/ את המיותר