



## טופס הסכמה: ניתוח פתיחת בטן חוקרת EXPLORATORY LAPAROTOMY

פתיחת בטן חוקרת מיועדת, לאבחון ולטיפול במצבים ו/או ארועים חריפים המחייבים טיפול, כאשר ההסתמנות הקלינית אינה ברורה, ואינה מאפשרת אבחון מדויק וקבלת החלטה טיפולית בדרך אחרת.

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 בפתיחת בטן חוקרת בשל חשד ל \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו אבחון המחלה ו/או תיקון הנזק ו/או המצב החולי.

הובהר לי כי הטיפול עשוי לכלול כריתה חלקית או שלימה של איברים פגועים, וכן שייתכן צורך בניתוח נוסף להשלמת הטיפול.

עם זאת הוסבר לי כי ייתכן שבניתוח יימצא שאין בעיה כירורגית באיברי הבטן ולא יבוצעו כל פעולות כירורגיות נוספות. הוסבר לי גם שייתכן והניתוח לא יביא לפתרון מלא או חלקי של הבעיה הרפואית.

בנוסף, הובהר לי שברוב המקרים, בניתוח מסוג זה, יבוצע חתך ניתוחי נרחב כדי לאפשר סקירה של חלל הבטן, איתור וטיפול בבעיה התוך ביטנית.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן, חסימת מעיים ובקע באזור הצלקת הניתוחית.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים הקשורים בממצא הכירורגי, כפי שיתגלה לאחר פתיחת הבטן ובפעולה שתדרש, וכן סיבוכים האפשריים בכל התערבות ניתוחית נרחבת. פגיעה מערכתית נרחבת כתוצאה מסיבוכים אלה עלולה להסתיים במוות.

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 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 נוספות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית 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		
<b>X</b>		
תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

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.

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

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