



## טופס הסכמה: ניתוח פתיחת בטן/לפרוסקופיה חוקרת/אבחנתית EXPLORATORY/DIAGNOSTIC LAPAROTOMY/LAPAROSCOPY

פתיחת בטן חוקרת מיועדת, לאבחון ולטיפול במצבים ו/או אירועים חריפים המחייבים טיפול, כאשר ההסתמנות הקלינית אינה ברורה, ואינה מאפשרת אבחון מדויק וקבלת החלטה טיפולית בדרך אחרת. בניתוח זה קיימת אפשרות לביצוע תיקון ו/או כריתה של איברים ו/או ביצוע מעקף למערכת העיכול ו/או ביצוע הטיה למערכת העיכול ו/או ניקוז ו/או נטילת ביופסיות בין אם לצורך אבחון ובין אם לצורך טיפול. כל זאת כתלות בממצאים, מצב החולה ולשיקול דעת המנתח.

הניתוח יכול להתבצע בשתי גישות: בגישה פתוחה באמצעות חתך בדופן הבטן או בגישה לפרוסקופית המכונה 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 מבוצע בגישה פתוחה נרחבת ו/או לפרוסקופית כתלות בממצאים, מצב החולה ולשיקול דעת המנתח. 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 פתיחת בטן / לפרוסקופיה חוקרת / אבחנתית  
לרבות \_\_\_\_\_ וכל הליך אחר שיידרש (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 ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום וצורך בהחזר דם, זיהום באתר הניתוח או בפצע הניתוח שיחייב לעיתים ניקוז וטיפול אנטיביוטי ועלול להתפתח לאלח דם וסיבוכין, סיבוכים בפצע הניתוח. פגיעה באיבר שתחייב הרחבת היקף הניתוח לצורך תיקון או כריתתו, נזק לכלי דם ועצבים, דליפה ואף תמותה. במקרה של צורך בכריתת מעי קיימת אפשרות נדירה של אי ביצוע השקה (חיבור מחדש) אלא פיום המעי אל דופן הבטן באופן זמני או קבוע. קיימת אפשרות כי בניתוח ימצא שלא ניתן לבצע פעולה שהיא והבטן תיסגר.

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.

הוסבר לי כי יתכנו סיבוכים שאינם כירורגים, כגון: פקקת ורידית, תסחיף ריאתי, דלקת ריאות, מאורע לבבי, מאורע מוחי, זיהום במערכת אחרת כגון: שתן וריאה. אני מבין כי אין ערובה לכך שהניתוח שיבוצע ייתן מזר לבעיה הרפואית.



-2-

אני מסכים לעירוי דם במידת הצורך.

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.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית והסבר על ההרדמה 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		
<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.