

## טופס הסכמה: ניתוח לכריתת ערמונית עקב הגדלה שפירה PROSTATECTOMY FOR BENIGN HYPERPLASIA

הניתוח מתבצע במקרים של ערמונית שפירה מוגדלת הגורמת להפרעות בהטלת שתן או במערכת השתן. ניתן לבצע את כריתת הערמונית במספר שיטות: בגישה בטנית (השיטה הפתוחה - OPEN PROSTATECTOMY), דרך השופכה (השיטה הסגורה - TURP - TRANS URETHRAL RESECTION OF PROSTATE); או בשיטות אחרות. ניתוחים דרך השופכה אפשריים באמצעות מקורות אנרגיה שונים. השיטה לביצוע הניתוח נתונה לשיקול דעתו של המנתח. לאחר הניתוח יושאר צנתר בכיס השתן לצורך שטיפה של קרישי דם מאיזור הניתוח.

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 לכריתת הערמונית, בגישה בטנית (שיטה פתוחה)/דרך השופכה (שיטה סגורה)\*/אחר פרט: \_\_\_\_\_ (להלן ה"ניתוח העיקרי").

ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, דימום, וצריבה לאורך השופכה. במקרים בהם הניתוח כולל קשירה דו צדדית של צינוריות הזרע, הדבר יביא לעקרות. הוסבר לי התופעות העלולות להופיע לאחר הוצאת הצנתר מכיס השתן הכוללות: תכיפות וצריבה במתן שתן וקושי במתן שתן עד לעצירה מוחלטת שתחייב החדרת צנתר לפרק זמן נוסף. בעקבות הניתוח, במרבית השיטות, מופיעה שפיכה אחורית. הוסבר לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות, דמם שלעתיים יצריך טיפול כירורגי, זיהום בדרכי השתן ו/או באשכים, איבוד שתן במאמץ בדרגות שונות ועד להופעתה, לעתים רחוקות, של אי שליטה מוחלטת במתן שתן, התנקבות כיס השתן, העלולה להצריך טיפול כירורגי, ואיבוד יכולת הזיקפה. הסיכונים המאחרים האפשריים: היצרות של צוואר כיס השתן או השופכה שיצריכו ניתוח או ביצוע הרחבות לתיקון ההיצרות. אני נותן/ת בזה 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 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 בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי לרבות, מעבר משיטה סגורה לפתוחה. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

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		
תאריך	שעה	X חתימה
שם האפוטרופוס	קרבת האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )

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 וחתימת הרופא/ה	מס' הרישיון
------------	----------------------	-------------

\*מחק/י את המיותר