



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

| | |
|-----------|-------------|
| מס' זהות: | שם פרטי: |
| שם משפחה: | תאריך לידה: |
| שם האב: | |
| כתובת: | |
| טלפון: | |

מדבקת פרטי מטופל

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 PROSTAE) או בשיטות אחרות. ניתוחים דרך השופכה אפשריים באמצעות מקורות אנרגיה שונים. השיטה לבצוע הניתוח נתונה בהתאם לשיקול דעתו של המנתח. לאחר הניתוח יושאר צנתר בכיס השתן לצורך שטיפה של קרישי דם מאזור הניתוח.

שם החולה:

| שם פרטי | שם משפחה | שם האב | ח.ז. |
|---|----------|--------|------|
| אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ | | | |
| על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת הערמונית, בגישה ביטנית (שיטה פתוחה) / דרך השופכה (שיטה סגורה) * / אחר, פרט: _____ (להלן: הניתוח 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, וצריכה 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 וצריכה 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 שלעיתים יצריך טיפול כירורגי; זיהום בדרכי השתן ו/או באשכים; איבוד שתן במאמץ בדרגות שונות ועד להופעתה, לעיתים רחוקות, של אי שליטה מוחלטת במתן שתן; התנקבות כיס השתן, העלולה להצריך טיפול כירורגי, ואיבוד יכולת הזיקפה. הסיכונים המאחזים 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 בודאות 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 העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדמים. אני יודע/ת, מאשר/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

| תאריך | שעה | חתימת החולה |
|-------|-----|------------------------|
| | | שם האפוסטרופוס (קירבה) |

אני מאשר/ת כי הסכרתי 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 | חתימת הרופא/ה | מס' רישיון |
|-----------------|---------------|------------|
| * מחק את המיותר | | |

