



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: דיקור ושאיבה של תאי זרע מאשך ו/או מיותרת האשך ו/או להשגתם באמצעות ניתוח באשך

### PUNCTURE AND ASPIRATION OF SPERM CELLS FROM TESTICLE OR TESTICULAR SAC AND/OR BY TESTICULAR SURGERY

פעולות פולשניות לאיסוף זרע מבוצעות כאשר אין נוכחות של תאי זרע בזרימה. זרעונים ניתן להשיג על ידי דיקור ושאיבה ישירה מהאשך ו/או מיותרת האשך, או על ידי הוצאת דגימה מרקמת האשך. הפעולות מתבצעות בהרדמה מקומית או כללית. שם המטופל:

ת.ז.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			

על הפעולה של דיקור ושאיבת תאי זרע מהאשך ו/או מיותרת האשך ו/או כרייתה של מקטע של רקמת אשך (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי כי קיימת אפשרות שעל מנת להפיק תאי זרע יהיה צורך לעבור מפעולה אחת לאחרת מבין הפעולות המוזכרות, וכן שיהיה צורך ביותר מדיקור אחד, ו/או דיקור/ניתוח של שני האשכים.. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהשיטות הפולשניות לאיסוף תאי זרע הינן חדשות יחסית ושיעור ההריונות מתאי זרע שהופקו בדרך זו לא גדול. כשהבעיה נובעת מייצור מופחת של תאי זרע שיעור ההריונות הוא כ- 15%. במקרים בהם יצור תאי הזרע באשך תקין אך קיימת חסימה או ניוון של צינוריות הזרע שיעור ההריונות נע סביב כ- 30%. כמו כן הוסבר לי שב- 40% - 50% מהגברים אשר אין בזרימתם נוכחות של תאי זרע, לא ימצאו כל תאי זרע גם ברקמת האשך שהוצאה בניחוח הוסבר לי כי קיימת אפשרות שגברים עם מיעוט קיצוני של זרעונים, הנוקקים לפעולות הפולשניות המוזכרות, עלולים להעביר את בעיית הפיריון בתורשה לבניהם. הוסבר לי שהזרעונים שימצאו כתוצאה מן הטיפול, אם ימצאו, ישמשו להפריית ביציות בת זוגי. עודפי רקמה או עודפי זרעונים, יוקפאו וישמשו לניסיונות הפריה נוספים אם אודקק לכך בעתיד. אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הטיפוליות ועל תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ויצירת נוגדנים נגד תאי הזרע.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים בטיפול העיקרי לרבות זיהום, דימום, נפיחות זמנית ו/או של שק האשכים שתגרום להפרעה בתפקוד היום יומי ולעיתים נדירות גם לניוון האשך/האשכים. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. במידה ויחלט על הרדמה כללית, יינתן הסבר על ידי מרדים. אני יודע ומסכים לכך שהטיפול העיקרי 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 שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסכמי במלואם.		

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא/ה

יחידת אורולוגיה

**ההסתדרות הרפואית בישראל**  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה  
איגוד האורולוגים הישראלי

