



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 קיסרי CESAREAN SECTION

ניתוח קיסרי מבוצע לצורך חילוץ העובר מהרחם במצבים בהם לא ניתן לחלץ את העובר דרך הנרתיק מחשש סיכון או בשל סיכון ממשי לילולת ו/או לעובר. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית.

שם היולדת: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע ניתוח קיסרי (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי כי שעורי התחלואה בנייתוח קיסרי עולים על אלה שבלידה נרתיקית ומוגברים ככל שגדל מספר הניתוחים הקיסריים באותה אשה. כמו כן הוסבר לי שניתוח קיסרי מגביל את האפשרות ללדת בלידה נרתיקית בעתיד. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות דימום מוגבר שעלול להצריך מתן עירוי דם ו/או קשירה של כלי הדם המספקים דם לרחם ו/או כריתת הרחם; זיהום של הרחם ו/או החצוצרות ו/או השחלות ו/או איברי הבטן האחרים שיצריך טיפול; ופגיעה באיברי הבטן או בכלי דם אשר יצריך פעולה כירורגית מתקנת. תמותה מניתוח קיסרי גבוהה מאשר בלידה נרתיקית, אך מאוד נדירה. הוסבר לי כי קיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי וכי יהיה צורך בנייתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הניתוח העיקרי. אני מצהירה ומאשרת 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 במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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 היולדת
_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_  
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לילולת / לאפוטרופוס של היולדת\* 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' רשיון
_____	_____	_____

\*מחקר/י את המיותר