



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: כריתה לפרוסקופית של כיס מרה

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

כריתת כיס מרה בדרך לפרוסקופית היא השיטה המקובלת כיום לטיפול במחלת כיס מרה על רקע אבנים ו/או דלקות. הפעולה מכונה גם "השיטה הסגורה" ונעשית באמצעות החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
	שם משפחה	שם פרטי	

על הצורך בכריתת כיס מרה בשיטה לפרוסקופית (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן.

גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, נזק לצינוריות המרה שעלול לגרום לנזק לכבד ופגיעה באיברי בטן אחרים. כמו כן קיימת אפשרות של מעבר אבנים קטנות לדרכי המרה בעת הניתוח העיקרי שתצריך את הוצאתן במועד מאוחר יותר. חלק מהסיבוכים עלול להצריך ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים.

כמו כן הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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 במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה 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 מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/ה לכן 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 החולה
		חתימת האפוטרופוס (קירבה)
		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 לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

* מחקי את המיותר

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
איגוד ישראלי לכירורגיית ילדים

