



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

הסכמה לביצוע מילה רפואית/כריתת ערלה (כירורגית) Circumcision

ברית מילה (כריתת הערלה) מתבצעת לרוב מסיבות דתיות, מסורתיות ו/או חברתיות. לעיתים מתעורר הצורך בכריתת הערלה עקב דלקת של העורלה שעלולה לגרום להפרעות במתן השתן. הוסבר לי כי ברית מילה ניתנת לביצוע על ידי מוחל. ברית מילה/ כריתת ערלה כירורגית, מתבצעת בדרך כלל בהרדמה מקומית או אזורית (penile block) ולעיתים יש צורך בהרדמה כללית.

שם המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם משפחה	שם פרטי		

על ביצוע ברית מילה כירורגית (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, פגיעה בראש איבר המין, זיהום ותסביב של הפין.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית או אזורית (penile block), במידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתו של הרופא לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנחלים ולחוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)		

אני מאשרת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
* מחקי את המיותר		

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

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים

