



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 לתיקון "פתוח" של בקע מפשעתי

OPEN REPAIR OF INGUINAL HERNIA

בקע מפשעתי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים רחוקות פגם נרכש שתיקונו מחייב ניתוח. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות את קיומו כמו כאבים ואי נוחות, לשחרר כליאה, או מניעת כליאתו של הבקע בעתיד. תיקון בקע מפשעתי אצל בנים/גברים כולל את הפרדת שק הבקע מכבל הזרע לשם כריתתו. שק הבקע יכול להכיל בתוכו את אחד מאברי הבטן (מעי, כיס שתן, וכו') ואצל בנות/נשים גם שחלה). טרם החזרת האיברים שנמצאו בשק לחלל הבטן, נבדקת תקינותם. במידה שימצא נזק יש צורך לתקנו. קיימים מקרים בהם התיקון יתבצע תוך שימוש בשתל רשת. הוסבר לי שכליאה של הבקע עלולה לגרום לנזק לאיבר שנכלא ומחייבת תיקון ניתוחי דחוף, ולעיתים בחתך נוסף. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית דרך חתך באזור המפשעה.

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

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון בקע מפשעתי בצד ימין / שמאל / דו צדדי* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי שזק לאיבר שנכלא עלול להיות בלתי הפיך ולעיתים ידרוש את כריתתו. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, בצקת במפשעה ובשק האשכים שעלולה לגרום לנזק באשך, נזק לכלי דם שעלול לגרום לפגיעה באשך בעיקר בניחוחים חוזרים, נזק לחבל הזרע שעלול לפגוע בתפקוד האשך באותו צד, נזק לכלי דם ועצבים העוברים באזור וכן הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח נוסף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיכוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ 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 ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פטול דין, קטיין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי 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' רשיון

* מחקי את המיותר

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים
איגוד הכירורגים בישראל

