



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 להורדה ולקיבוע של אשך טמיר ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS)

אשך טמיר הינו פגם מולד בו לא השלים האשך את ירידתו לשק האשכים. מטרת הניתוח היא להוריד את האשך לשק האשכים ולקבעו שם, במטרה למנוע פגיעה בפוריות וכדי לאפשר זיהוי מוקדם של מצבים חולניים אחרים. הניתוח מבוצע דרך חתך במפשעה ובמהלכו מופרדים האשך, צינור הזרע וכלי הדם של האשך משק הבקע ומהדבקויות אחרות באזור כדי לאפשר את הורדת האשך לשק האשכים. במקרים שיתברר בהם, במהלך הניתוח, שכלי הדם של האשך קצרים מדי, יתכן שהניתוח יבוצע בשני שלבים נפרדים או שיהיה צורך בניתוק כלי הדם של האשך מאזור הבטן. פעולה זו עלולה לגרום לניזון האשך. במידה שבעת הניתוח ימצא האשך הטמיר פגום או בלתי מפותח ולא ניתן להורידו לשק האשכים, מומלץ לכרות אותו. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע ניתוח להורדת אשך טמיר בצד ימין / שמאל\* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, דהיינו, מתן הסיכוי הטוב ביותר להתפתחות תקינה של האשך. עם זאת הוסבר לי שאשך טמיר עלול להיות פגום מלכתחילה ולכן יתכן שיהיה צורך לכרות אותו. גם אם האשך ימצא תקין אין ערובה לכך שהאשך יתפתח בצורה תקינה לאחר הניתוח, ו/או שלא יחזור לאזור המפשעה, דבר שיחייב ניתוח נוסף. הוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול באשך טמיר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה בחבל הזרע ו/או בכלי הדם של האשך ו/או באשך שיגרמו לניזונו.

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 והסבר על ההרדמה ניתן 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 החולה \_\_\_\_\_

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאפוטרופוס 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 \_\_\_\_\_ \*מחקר/י את המיותר

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים  
איגוד הכירורגים בישראל

