המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת ערמונית עקב הגדלה שפירה
PROSTATECTOMY FOR BENIGN HYPERPLASIA

הניתוח מתבצע במקרים של ערמונית שפירה מוגדלת הגורמת להפרעות בהטלת שתן או במערכת השתן. ניתן לבצע את כריתת הערמונית במספר שיטות: בגישה בטנית (השיטה הפתוחה — OPEN PROSTATECTOMY); דרך השופכה (השיטה הסגורה — TRANS URETHRAL RESECTION/INCISION OF PROSTATE); או בשיטות אחרות. ניתוחים דרך השופכה אפשריים באמצעות מקורות אנרגיה שונים.
השיטה לביצוע הניתוח נתונה לשיקול דעתו של המנתח ובהתייחס למצבו של המטופל. לאחר הניתוח יושאר צנתר בכיס השתן לצורך שטיפה של קרישי דם מאזור הניתוח.

שם החולה: _____ _____ _____ _____
שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת. ז.

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

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת הערמונית, בגישה ביטנית (שיטה פתוחה)/דרך השופכה (שיטה סגורה)/אחר* פרט: _____
_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות וכן על התופעות המיידיות הנילוות לניתוח הכוללות, כאב ואי נוחות, דימום, וצריבה לאורך השופכה. במקרים בהם הניתוח כולל קשירה דו צדדית של צינוריות הזרע, הדבר יביא לעקרות. הוסברו לי התופעות העלולות להופיע לאחר הוצאת הצנתר מכיס השתן הכוללות: תכיפות וצריבה במתן שתן וקושי במתן שתן עד לעצירה מוחלטת שתחייב החדרת צנתר לפרק זמן נוסף. בעקבות הניתוח, במרבית השיטות, מופיעה שפיכה אחורית. הוסברו לי הסיבוכים המיידיים האפשריים לרבות, דמם משמעותי או מתמשך שיתכן שיהיה צורך בעצירתו על ידי ביצוע טיפול בהרדמה כולל פעולה כירורגית, זיהום בדרכי השתן ו/או באשכים, איבוד שתן במאמץ בדרגות שונות ועד להופעתה, לעיתים רחוקות, של אי שליטה מוחלטת במתן שתן, התנקבות כיס השתן, העלולה להצריך פעולה כירורגית מתקנת בהרדמה, ואיבוד יכולת הזיקפה. בין הסיבוכים המאוחרים, עלולה להופיע היצרות של צואר כיס השתן או השופכה שיצריכו ניתוח או ביצוע הרחבות לתיקון ההיצרות.
אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח לכריתת הערמונית.
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 בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי לרבות, מעבר משיטה סגורה לפתוחה. 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 מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית־החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים 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 לחולה/אפוטרופוס 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 | חתימה | מס' רשיון

*מחק את המיותר

ע"ו 1997 נוֹאר/OUROL/SUR/PRO/0009

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה האורולוגית בישראל
MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ