

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח פתיחת בטן חוקרת EXPLORATORY LAPAROTOMY

פתיחת בטן חוקרת מיועדת, לאבחון ולטיפול במצבים ו/או ארועים חריפים המחייבים טיפול, כאשר ההסתמנות הקלינית אינה ברורה, ואינה מאפשרת אבחון מדויק וקבלת החלטה טיפולית בדרך אחרת.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי שם משפחה

על הצורך בפתיחת בטן חוקרת בשל חשד ל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו אבחון המחלה ו/או תיקון הנזק ו/או המצב החולני. הובהר לי כי הטיפול עשוי לכלול כריתה חלקית או שלימה של איברים פגועים, וכן שייתכן צורך בניתוח נוסף להשלמת הטיפול. עם זאת הוסבר לי כי ייתכן שבניתוח יימצא שאין בעיה כירורגית באיברי הבטן ולא יבוצעו כל פעולות כירורגיות נוספות. הוסבר לי גם שייתכן והניתוח לא יביא לפתרון מלא או חלקי של הבעיה הרפואית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות. בנוסף, הובהר לי שברוב המקרים, בניתוחים מסוג זה, יבוצע חתך ניתוחי נרחב כדי לאפשר סקירה של חלל הבטן, איתור וטיפול בבעיה התוך ביטנית. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן, חסימת מעיים ובקע באזור הצלקת הניתוחית. כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים הקשורים באופן הכירורגי, כפי שימצא לנכון לאחר פתיחת הבטן, וכן סיבוכים האפשריים בכל התערבות ניתוחית נרחבת. פגיעה מערכתית נרחבת כתוצאה מסיבוכים אלה עלולה להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר 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 ולמניעת 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 נוספות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת, מאשר/ת 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 פסול דין, קטין 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

*מחקר/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים

