

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון בקע טבורי REPAIR OF UMBILICAL HERNIA

בקע טבורי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים פגם נרכש. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות את קיומו כמו כאבים ודלקת, לשחרר כליאה, או למנוע את כליאת הבקע בעתיד.

הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית, באמצעות חתך באיזור הטבור.

קיימים מקרים בהם ידרש שימוש בשתל רשת לצורך תיקון הבקע. במקרים מסוימים יהיה צורך בכריתת הטבור עצמו.

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 לתיקון בקע טבורי (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.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ולעיתים נדירות פגיעה באיברים פנימיים שתחייב הרחבת הניתוח לצורך תיקון.

כמו כן קיימת אפשרות של הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח חוזר.

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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

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

אני יודע/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 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 את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רשיון

*מחקר את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים

