

# טופס הסכמה לכריתת קטע רקמה מצואור הרחם ע"י לולאה חשמלית

## MDBKA

מטרת הנitionה היא לטפל בנסיבות טרומ סרטניים בצוואר הרחם, לפני שייהפכו לממאירים. במהלך הפעולה נכרתת בעורת לולאה, בה מועבר זרם נמוך של חשמל, פיסת רקמה מצואור הרחם. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית, אזורית או כללית, על פי שיקולי הרופא. לאחר הפעולה יש להישאר להשגה על פי סוג ההרדמה.

|      |        |          |          |             |
|------|--------|----------|----------|-------------|
| ת.ז. | שם האב | שם פרטוי | שם משפחה | שם המטופלת: |
|------|--------|----------|----------|-------------|

|          |           |   |       |  |
|----------|-----------|---|-------|--|
| שם פרטוי | שם המשפחה | אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מפרופי/ד"ר: |       |  |
|          |           | שעה   | תאריך |  |

על הצורך ביצוע נitionה לכריתת קטע רקמה מצואור הרחם על ידי לולאה חשמלית (להלן: "הפעולה העיקרית") אני מצהירה בזאת, ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות במקרה המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכוןים והסיבוכים הכרוכים בהן.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקומות ותופעות הלוואי של הפעולה העיקרית, לרבות: כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה, ודימום קל העולם להמשך כארבעה שבועות. כמו כן הוסברו לי הסיכון והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית, לרבות דימום משמעותי, זיהום באגן או בברטיק, היוצרות של צואר הרחם, פגעה ברקמות סמכות כדוגמת הנרתיק, CIS השנתן או המעי, והסבירו לי האפשרות של צורך בניתוח נוספת בסיבוכים אלה. הובא לידיעתני שחלק מהנשים שהרו לאחר כריתת קטע רקמה מצואור הרחם על ידי לולאה, ילוידים מוקדם יותר ובמשקל לידה נמוך יותר מאשר נשים שלא עברו פעולה זו. הובאה לי החשיבות שבהתמצאות מפעולה גופנית ממוצעת משך ימים מספר לאחר הפעולה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסברי לי ואני מבינה שקיים אפשרות, שתוקף מהלך הפעולה העיקרית או אחרת, يتברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקט הליכים אחרים או נוספים לצורך חצלה חיים, או למניעת נזק גופני, לרבות פועלות כירורגיות כמו עצירת דימום נהרב או טיפול בפיגיות באיברים סמכותים, או פעולה נוספת שלא ניתן לצפות בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאוthonה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica יהיה חיוני או דרושות במהלך הפעולה העיקרית או מיד לאחריה.

הוסברו לי הסיכון האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות שטך דם ונפיחות מקומית וכאב באזורי החזקה, ולעתים נדירות תגובה אלרגית לחומר הרדמה המקומיית בדרגות חומרה שונות.

הסכםתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידת הצורך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיכון האפשריים של הרדמה מקומית לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה.

לגביו הרדמה אזורית או כללית ניתן לי הסבר נפרד על ההרדמה על ידי המרידים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה העיקרית וכל הליכים האחרים יישו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטה לי شيء, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובכלל שיעשו באחריות המקובלת-b-כפוף לחוק.



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחירות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.  
אני מסכים לכך שמידע שמדובר ב- medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אוזוחתי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניהוה ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי, טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטי התקשורת. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות ואות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך  
ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המתפלג והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.  
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכייב יהולו דיני מדינת ישראל.  
בחתימתה אני נותן בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת המטופלת:

\_\_\_\_\_ שעה

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת/אפוטרופוס של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר שוכחנתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.

שם הרופא: \_\_\_\_\_  
שם המתרגם: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם