

טופס הסכמה לכריתת טחורים  
קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד  
קיבוע טחורים/פעולה לטחורים בלייזר

HEMORRHOIDECTOMY / STAPLED HEMORRHOIDECTOMY  
HEMORRHOIDAL ARTERY / HEMORRHOID LASER PROCEDURE

מדבקה

קיימות שיטות ניתוחיות שונות לטיפול בטחורים וההחלטה על דרך הטיפול נעשית, על פי שיקול דעת רפואי ובהתאם לממצאים. הניתוח מבוצע דרך פי הטבעת.

בניתוח כריתת טחורים, מבוצעת כריתה של מרבית רקמת הטחורים באמצעות דיאטרמיה / מכשיר אנרגיה.

בניתוח לקשירה מונחית אולטרה סאונד של כלי הדם המזינים את הטחורים, משתמשים במכשיר דופלר לזיהוי העורקים המספקים דם ישירות לטחורים וסגירתם.

ניתוח לקיבוע הטחורים (PPH), מתבצע באמצעות מכשיר סיכות ואינו כורת את הטחור, אלא משיב אותו למקומו התקין בתעלה האנאלית.

ניתוח טחורים באמצעות לייזר: קיימות שתי פעולות לטחורים באמצעות לייזר, בהן משתמשים בכך, שהאנרגיה מדויקת ומאפשרת הפעלתה בצורה ממוקדת מבלי לפגוע בסביבה, באחת מבצעים הצמחה של הטחור על ידי החדרת סיב הלייזר לטחור עצמו ובשנייה מזהים בעזרת מכשיר דופלר את כלי הדם המגיעים אל הטחור וצורבים אותם בעזרת הלייזר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת:  ללא הרדמה  כללית  אזורית  מקומית

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_ שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

על הצורך:  כריתת טחורים  קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד  קיבוע טחורים  פעולה לטחורים בלייזר (להלן: "הטיפול העיקרי").

כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, טיפול שמרני או שיטות ניתוחיות שונות לטיפול בטחורים המפורטות לעיל.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי, לאחר הניתוח/הטיפול/הפעולה העיקרי/ת, לרבות: כאב, ואי נוחות והן: דימום וכאב לאחר הפעולה.

הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח כריתת טחורים/קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד/קיבוע טחורים/פעולה לטחורים בלייזר, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליים לשם ביצוע הטיפול כגון: שינוי בצורת ההרדמה במקרה של דימום יתר.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום משמעותי, היצרות פי הטבעת, נזק לשרירים הפנימיים של הסוגר, שעלול להביא לחוסר תפקוד זמני או קבוע עד כדי, חוסר שליטה לגזים ו/או ביציאות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן, שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני, לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הטיפול העיקרי, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן, שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני, לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות, פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הטיפול העיקרי.

הוסבר לי, שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית/אזורית/חסימה עצבית, ההסבר על ההרדמה יינתן על ידי המרדים. הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית, במידה ויוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם הניתוח כריתת טחורים/קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד/קיבוע טחורים/פעולה לטחורים בלייזר, תבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שכריתת טחורים/קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד/קיבוע טחורים/פעולה לטחורים בלייזר וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת, את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך..

אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) 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, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /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: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_