

טופס הסכמה לניתוח

לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ

STRESS INCONTINENCE

מדבקה

אי נקיטת שתן (דליפת שתן) במאמץ נגרמת כתוצאה מהתרופפות התמיכה בכיס השתן והשופכה, המופיעה מסיבות שונות הגורמות לחולשת המנגנון הסוגר ואובדן השליטה על מתן שתן. הניתוח נעשה במקרים שבהם אי נקיטת השתן גורמת לבעיות היגייניות או חברתיות קשות והפרעה ניכרת בתפקוד היום יומי.

קיימות מספר גישות כירורגיות לטיפול בבעיה, סוג הניתוח שיבחר תלוי בגורם לאי השליטה, בממצאים, במצבה הבריאותי של החולה ובשיקולי המנתח.

הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית ו/או כללית.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____
שם המשפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ STRESS INCONTINENCE פרט סוג/שם הניתוח והגישה הניתוחית:
(להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, סיכויי ההצלחה והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי מפורשות כי לא ניתן להבטיח הצלחה מלאה של תיקון דליפת השתן בניתוח ובטווח הרחוק התופעות עלולות לחזור.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות וקושי בהתרוקנות כיס השתן. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בעת הניתוח או מיד אחריו, לרבות: דימום, זיהום בשתן ובחתיך הניתוח, פגיעה בשלפוחית השתן ובנרתיק ובמקרים נדירים חסימת השופכנים. סיבוכים אלה עלולים להצריך שינוי הגישה הניתוחית, דהיינו, מעבר מגישה ביטנית לגישה נרתיקית ולהפך, ומשיטה לפרוסקופית ל"שיטה הפתוחה" וכן טיפולים ו/או ניתוחים בעתיד. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות: הפרעה בדרגות שונות בהשתנה עד כדי עצירת שתן לתקופות שונות ואף ארוכות, תכיפות ודחפיות בהשתנה, צניחת הרחם וקירות הנרתיק, כאב כרוני באגן וכאב בקיום יחסי מין.

הוסבר לי גם הסיבוכים האפשריים הנוספים המתייחסים לגישות הכירורגיות כמפורט: בניתוח Marshall Marchetti Krantz - אפשרות של דלקת כרונית בעצם החיק. בניתוחים בגישה לפרוסקופית - אפשרות של פגיעה בעצבי האגן. בניתוח Sling - אפשרות להיווצרות פיסטולה בין השופכה או כיס השתן לבין הנרתיק. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים/ניתוחים נוספים.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבינה 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 מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי המרדים.
אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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 הח"מ מודעת לכך שיייתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים, במקרה זה, אני נותנת הסכמתי לכך שרופא מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

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 האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפטרופוס 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: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם