

טופס הסכמה לניתוח כריתת גידול מכיס השתן Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor

מדבקה

הניתוח מבוצע בחולים בהם נדרשת כריתת גידול שזוהה בכיס השתן לצורך קביעת אבחנה וטיפול. כמו כן, בחולים בהם נדרשת נטילת דגימה מרירית כיס השתן (ביופסיה) במקרים של חשד לתהליך ממאיר בדופן כיס השתן וכן, לצורך נטילת דגימה מרירית כיס השתן לשם ביקורת לאחר כריתת גידול. הפעולה המקדימה לניתוח היא ציסטוסקופיה בה מוחדר לכיס השתן, דרך השופכה, מכשיר שבתוכו מערכת אופטית המאפשרת את סקירת כיס השתן והשופכה ודרכו ניתן להעביר את המיכשור לצורך כריתת רקמה וצריבת מקום הכריתה למניעת דימום.

ציסטוסקופיה מאפשרת ביצוע פעולות נוספות בכיס השתן כמו הוצאת אבנים, קרישי דם גדולים וגם צינתור השופכנים למטרות שונות.

פעולות אלה אפשריות לביצוע באמצעות מקורות אנרגיה שונים. הטכניקה ובחירת מקור אנרגיה לבצוע נתונה לשיקול דעתו של המנתח. לאחר הניתוח, בדרך כלל, יושאר צנתר בכיס השתן לצורך ניקוז שלפוחית השתן ושטיפה של קרישי דם מאזור הניתוח.

צורת ההרדמה המלווה ניתוח זה: 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 בביצוע הפעולה של נטילת דגימה מרירית כיס השתן ו/או כריתת גידול מכיס השתן Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor. (להלן: "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי (לפי החלטת הרופא המפנה לבדיקה),

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות וכן, דימום בהשתנה וצריבה לאורך השופכה. הוסבר לי כי התופעות עלולות להופיע גם לאחר הוצאת הצנתר מכיס השתן וכוללות: תכיפות בהשתנה, שתן דמי וצריבה במתן שתן וכי תופעות אלה הן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך מספר ימים, כן הוסבר לי כי תתכן עצירה מוחלטת של השתן, לאחר הוצאת הצנתר, אשר תחייב החדרת צנתר לפרק זמן נוסף עד לגמילה ממנו.

כמו כן, הוסברו לי סיכונים וסיבוכים אפשריים לרבות התפתחות של דלקת בדרכי השתן ו/או בדרכי המין, מלווה בחום, צמרמורת ודימום שיצריכו הארכת אישפוז או אישפוז מחדש, התנקבות (perforation) של דופן כיס השתן שעלולה לחייב התערבות כירורגית פתוחה בהמשכו של הניתוח העיקרי. סיבוכים נוספים אפשריים כוללים פגיעה והופעת היצרות של פיית שופכן, במקרה שהגידול נמצא בקרבתו או הופעת היצרות של השופכה. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות כגון: כריתת רקמת ערמונית, צנתור השופכנים, צילום של מערכת השתן, השארת צנתרים פנימיים בשופכנים והרחבת השופכה במקרים של היצרות, ואני מסכים/ה לביצוע פעולות טיפוליות נוספות כנדרש.

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, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. 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 הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח יבוצע 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 שהניתוח/פעולה עיקרי וכל הליך אחר ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח 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: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם