



medica

# טופס הסכמה לניתוח קשירת צינורות זרע (וסקטומיה דו צדדית)

מדבקה

**על ההליך:** וסקטומיה הינו הליך, שמפסיק לצמיחת מעבר תאי זרע מאשכים החוצה לרחם וכך מונע הריון.

**סיבוכים אפשריים במהלך ולאחר הניתוח:** כל הליך ניתוחי טומן בחובו סיכונים וסיבוכים מסוימים.

**במהלך הניתוח:** גברים שרגישים לזריקות יכולים לחוות עלפון במהלך ההרדמה המקומית (1 ל 100). לרוב ניתן להמשיך בפעולה לאחר חלוף התופעה.

**לאחר הניתוח:** רוב הגברים יחוו סימנים כחולים שהם שטפי דם תת עוריים בשק האשכים, כאבים שמגיבים לקרח מקומי ואקמול או אופטלגין. הם נספגים תוך שבועיים ימים.

**סיבוכים שכיחים פחות** (סיכוי התרחשות פחות מ 1%)

1. זיהום בצלקת הניתוחית, אשך, אפידידימיס או דרכי שתן. הסתמנות היא אודם או הפרשות בצלקת ניתוחית, כאבים ונפיחות באשך, צריבה בשתן. אם אחד מאלה מופיעים הם מגיבים היטב לאנטיביוטיקה.

2. דימום לשק האשכים יכול להתרחש תוך 24 שעות מהניתוח ומתאפיין בהצטברות דם גדולה בשק האשכים. הטיפול הוא ניקוז ההמוטמה (הצטברות קרישי דם). הצטברות דם קטנה אינה מחייבת ניקוז אלא טיפול שמרני - קרישי דם טיבם להיספג לבד תוך 2 - 4 שבועות.

3. תיעול מחדש/כישלון וסקטומיה הוא מצב בו מתחדש הקשר בין קצוות צינורות הזרע החתוכים והדבר מאפשר הימצאות תאי זרע בבדיקת נוזל הזרע שמתבצעת לאחר 20 פליטות זרע מוגנות לאחר הניתוח. אם לאחר הניתוח בבדיקת זרע ימצאו תאי זרע יהיה צורך לחזור על הניתוח. הסיכוי לכך הוא 1 ל 3,000 מנותחים.

4. היווצרות גרנולומה (עד 25%) שהם גבשושיות בגודל אפונה בקצה של אחד מצינורות הזרע. מדובר בתהליך תגובתי מקומי לתאי זרע. לרוב נספגים תוך שנה ואינם כואבים.

5. גודש בצינורות זרע הקרובים לאשך מתרחש כאשר מבצעים קשירה של הגדם הקרוב לאשך. על כן על מנת למנוע בעיית גודש וכאבים שנלווים לכך, דייר יעקבי מבצע ניתוח ללא קשירת הגדם הקריבני לאשך.

6. תסמונת הכאב שלאחר וסקטומיה הוא סיבוך אפשרי ומדובר בעצם בכאב כרוני ומתמשך באשכים ושק האשכים ויכול להמשך חודשים עד שנים. לא ניתן לצפות מי מהמטופלים יפתח את התסמונת. הסיכון להתפתחות כאב כרונית הוא אחד ל 200 איש (0.2%).

## להלן סיכום סיבוכי וסקטומיה

1000 איש שעברו וסקטומיה 990 יחוו החלמה מלאה תוך שבועיים. 5 גברים יחוו סיבוך כמו שטף דם בשק האשכים. 5 גברים יחוו כאב כרוני. 4 גברים יחוו כאב בינוני שלא מפריע לחיי יום יום ולעבודה והכאב חולף 12 חודשים אחרי הניתוח. גבר 1 עלול לסבול מכאב חזק שמשבש לו את החיים ויזדקק לטיפול התערבותי כזה או אחר.

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

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי וגם קראתי את המידע המקדים לטופס הסכמה זה, גם אישית מד"ר יעקבי יעקב, אורולוג מומחה.

על: מה מהות הוסקטומיה. כי הניתוח אינו הפיך איזה אלטרנטיבות קיימות למי שלא מעונין בוסקטומיה. כיצד מתבצע הליך הניתוח. זמן החלמה שלאחר הניתוח. מהם סיבוכי הניתוח. צורך לבצע בדיקת נוזל הזרע אחרי 20 פליטות מוגנות, לאחר הניתוח vasectomy (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הבנתי מה הוא הליך קשירת צינורות הזרע (וסקטומיה), כי מטרתו מניעת הריון לא רצוי ואת הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בביצועו, אני מבין שיש אמצעי מניעה אחרים שאני יכול להשתמש בהם, כמו: קונדומים או שפיכה אל מחוץ לנרתיק או הימנעות מסקס או אמצעי מניעה שאשה יכולה להשתמש בהם כמו קשירת חצוצרות, שימוש בהתקן תוך רחמי, גלולות או גלולה של היום שאחרי. שניתנה לי אפשרות לשאול את כל השאלות את הרופא המומחה באורולוגיה ושהשתמשתי בו ולא רק בו אלא גם באינטרנט לקבלת מקסימום מידע שהביאו אותי להחלטה מושכלת לבצע את הניתוח. אני מודע שאני יכול לשנות דעתי בכל רגע נתון, גם אחרי חתימה על טופס הסכמה. אני מודע שעלי לבצע בדיקת נוזל זרע אחרי 20 פליטות מוגנות ולשלוח את התשובה לרופא המנתח על מנת לקבל ממנו אור ירוק לקיום יחסי מין ללא חשש להריון. אני מבין כי מדובר בהליך בלתי הפיך אני מודע לסיבוכים האפשריים של הניתוח כפי שהוצגו בטופס ההסכמה.

אחר שקראתי והבנתי את הנאמר בטופס ההסכמה, אני מוכן ליטול את סיכוניי הניתוח ומבקש לבצע בי את הניתוח של קשירת צינורות זרע.

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת כי הבין את הסברי במלואם. ד"ר יעקבי יעקב, אורולוג מומחה, מתחייב מצדו להשתמש בכל ניסיונו רב השנים על מנת לבצע את הניתוח על הצד הטוב ביותר.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

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 ויישמר 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 המטופל \_\_\_\_\_