

טופס הסכמה לטיפול בסדק פי הטבעת

REPAIR OF ANAL FISSURE

מדבקה

מטרת הטיפול, היא להקטין את עוצמת הכיווץ של סוגרי פי הטבעת, על מנת להקל על הכאבים ולאפשר ריפוי הסדק/הפצע ברירת פי הטבעת. ניתן להקטין את עוצמת הכיווץ בשתי דרכים: האחת, הרחבה ידנית של שריר סוגר פי הטבעת, והשנייה, חיתוך (בניתוח) של שריר הסוגר הפנימי. החלטה על דרך הטיפול, נעשית לפי שיקול דעת רפואית בהתאם לממצאים.

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 ניתוח/טיפול בסדק בפי הטבעת ANAL DILATAION LATERAL SPHINCTEROTOMY REPAIR OF ANAL FISSURE

אחר (פרט) _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרון, חסרון והתאמתן למצבי. כמו כן, הובהר לי, שאין ביטחון מוחלט, שהטיפול העיקרי יפתור את הבעיה, ולעיתים יהיה צורך בטיפולים נוסף/ים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ועצירות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום עד כי התפתחות מורסה, ואפשרות ליצירת נצוד (פיססטולה) שלעיתים תחייב ניתוח נוסף, כמו כן, קיים סיכון של פגיעה בסוגרי פי הטבעת אשר עשויה להתבטא באי שליטה על פליטת גזים והכתמת התחתונים בריר/צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים. רוב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי חיזוק של שרירי פי הטבעת ורצפת האגן, במקרים נדירים יישאר נזק קבוע בסוגרים.

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

כמו כן, 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 כעת בוודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שיתגלו בבדיקה תחת הרדמה (בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הניתוח בשל הכאבים בפי הטבעת), לכן, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הובהר לי, שהטיפול העיקרי מתבצע בהרדמה אזורית או כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית, במידה ויוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אני נותן/נת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול העיקרי יהיה פרופ/דר':

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 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