

# טופס הסכמתה דיקור ושאיבת של תא זרע מאשך ו/או מיותרת האשך ו/או להשגתם באמצעות ניתוח באשך

## PUNCTURE & ASPIRATION OF SPERM CELLS FROM TESTICLE OR TESTICULAR SAC AND / OR BY TESTICULAR SURGERY

### מבדקה

פעולות פולשניות לאיסוף זרע מבוצעות כאשר אין נוכחות של תא זרע בזירמה. זרונים ניתן להשיג על ידי דיקור ושאיבת ישירה מהאשך ו/או מיותרת האשך, או על ידי הוצאת דגימה מركמת האשך. הפעולות מתבצעות בהרדמה מקומית או כללית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

שם פרטי

שם המשפחה

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מפרופ' ד"ר:

על הפעולה של דיקור ושאיבת תא זרע מהאשך ו/או מיותרת האשך ו/או כריתת של מקטע של רקמת אשך & ASPIRATION OF SPERM CELLS FROM TESTICLE OR TESTICULAR SAC AND / OR BY TESTICULAR SURGERY (להלן "הטיפול עיקרי").

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שעלה מנת להפיק תא זרע היה צורך לעבור פעולה אחת לאחרת בין הפעולות המזוכרות, וכן הייתה צורך ביותר מבדיקה אחד, ו/או דיקור/ניתוח של שני האשכים.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהshitiot הפולשניות לאיסוף תא זרע הינו חדשות יחסית ושיעור ההרינוות מתאי זרע שהופקו בדרך זו לא גדול. כשהבעיה נובעת מייצור מופחת של תא זרע שיורר ההרינוות הוא כ-15%. במקרים בהם יוצר תא זרע באשך תקין אך קיימת חסימה או ניון של צינוריות הזרע שיורר ההרינוות נע סביבה כ-30%.

כמו כן, הוסבר לי שב- 50% - 40% מהגברים אשר אין ביורמתם נוכחות של תא זרע, לא ימצאו כל תא זרע גם במרקמת האשך שהוצאה בניתוח. הוסבר לי כי קיימת אפשרות שבגברים עם מיעוט קיזוצי של זרונים, הנקיים לפעולות הפולשניות המזוכרות, עלולים להעביר את בעיית הפריון בתורשה לבנייהם. הוסבר לי שהזרונים שימצאו כתוצאה מן הטיפול, אם ימצאו, ישמשו להפריה ביציאות בת זוגי. עודפי ריקמה או עודפי זרונים, יוקפאו ויישמשו לניסויות הפריה נוספים אם אוזדק לכך בעtid.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הטיפוליות ועל תופעות הלועאי לאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ויצירת נוגדים נגד תא זרע.

הוסברו לי הסיכון והסיבוכים בטיפול העיקרי לרבות: זיהום, דימום, נפיחות זמנית ו/או של شك האשכים שתגרום להפרעה בתפקודם הימני ולעיטים נדיות גם לניון האשך/האשכים.

אני מnotin בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין כי קיימת אפשרות שתזוז מהלך הטיפול העיקרי יתרה שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פועלות כירוגיות נוספות שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירוגיות לדעת הרופאה/ה יהו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה במידה וווחלת על הרדמה כללית, ינתן הסבר על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל הליכים האחרים יושו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנחיים ולהוראות medica וכי לא הובטח לי شيءו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, בלבד שיישו באחריות המקובלת ב-medica בנסיבות כלילית.



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחירות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.  
אני מסכים לכך שמידע שמעבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי, ניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטיים אישיים ופרטיו התקשורות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 (להלן: חוק זכויות החולים) וכן לצורך עסמתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים ( לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל'ל בכפוף להוראות כל דין.  
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתי לפגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכייב יהולו דיני מדינת ישראל.  
בחתימתה מטה אני נתן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי ממפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתמה/ה על הסכמה בפני לאחר  
shawocnenti כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מספר רישון:

חתימה:

שם הרופא: