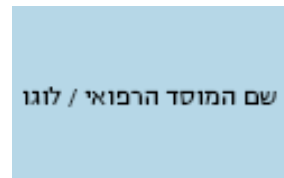




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 12/16

טופס הסכמה ל

כריתת קטע רקמה מצוואר הרחם ע"י לולאה חשמלית Large LOOP Excision of Transformation Zone (LLETZ)

מטרת הניתוח היא לטפל בנגעים טרום סרטניים בצוואר הרחם, לפני שיהפכו לממאירים. במהלך הפעולה נכרתת בעזרת לולאה, בה מועבר זרם נמוך של חשמל, פיסת רקמה מצוואר הרחם. הפעולה מתבצעת בהרדמה כללית או אזורית או מקומית, על פי שיקולי הרופא. לאחר הפעולה יש להישאר להשגחה על פי סוג ההרדמה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם החולה:

--	--	--	--

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

--	--

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת קטע רקמה מצוואר הרחם על ידי לולאה חשמלית (להלן "הניתוח/הפעולה העיקרית").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בהן.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הפעולה העיקרית, לרבות כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה, ודימום קל העלול להימשך כארבעה שבועות. הובהרה לי החשיבות שבהימנעות מפעולה גופנית מאומצת משך ימים מספר לאחר הפעולה.





שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית, לרבות דימום משמעותי, זהום באגן או בנרתיק, היצרות של צוואר הרחם, פגיעה ברקמות סמוכות כמו הנרתיק, כיס השתן או המעי.

הוסברה לי האפשרות של צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיבוכים אלה. הובא לידיעתי שחלק מהנשים שהרו לאחר כריתת רקמה מצוואר הרחם על ידי לולאה, ילדו ילדים מוקדם יותר ובמשקל לידה נמוך יותר מנשים שלא עברו פעולה זו.

כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח או אחריו, יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות כמו עצירת דימום נרחב או טיפול בפגיעות באיברים הסמוכים, או פעולות נוספות שלא ניתן לצפות כעת, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינויי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים.

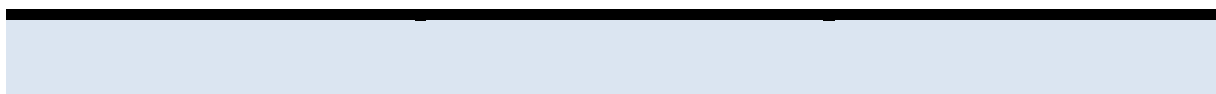
הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הפעולה תבוצע 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.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/הפעולה העיקרית.



חתימת המטופל

שעה

תאריך



חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

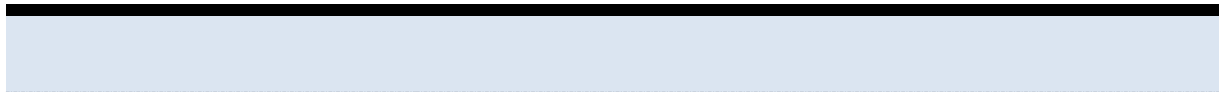
שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

שם המוסד הרפואי / לוגו



מדבקת המטופל

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.



שם הרופא (חותמת) חתימת הרופא תאריך ושעה



שם המתרגם/ת קשריו לחולה