



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 12/16

טופס הסכמה ל

כריתת מעי גס/רקטום COLON / RECTUM RESECTION

ניתוח לכריתה, חלקית או מלאה, של המעי הגס/רקטום מבוצע בשל מחלת מעי גס ו/או רקטום. היקף הניתוח, ומידת הצורך בכריתה של המעי הגס/הרקטום עצמו יקבעו בהתאם לנרחבות המחלה ומיקומה במעי. ניתן לבצע כריתה מלאה או חלקית של המעי הגס.

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

כללית / אזורית / מקומית

שם החולה:

--	--	--	--

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

--	--

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

על הצורך בניתוח מתוכנן/דחוף; מסוג כריתת מעי גס חלקית או מלאה/כריתת רקטום/פי הטבעת (מחק את המיותר) (להלן: "הניתוח העיקרי").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

הניתוח יכול להתבצע בטכניקה פתוחה /לפרוסקופית/רובוטית עם אפשרות למעבר לטכניקה פתוחה.

הוסבר לי שיהיה צורך/קיימת אפשרות ליצירת סטומה (שקית), זמנית או קבועה.

הוסבר לי שהניתוח חיוני לניסיון לרפא אותי/לשפר את איכות חיי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.



שם המוסד הרפואי / לוגו



מדבקת המטופל

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: הוסבר לי שהניתוח מוגדר כ"ניתוח גדול" ויש בו סיכון לחיים בכ- 2%-1% מהמנותחים בניתוחים מתוכננים ובכ 8%-2% בניתוחים דחופים.

הוסבר לי שבניתוחים דחופים שיעור הסיבוכים והתמותה גבוהים יותר מאשר בניתוחים מתוכננים והסיכוי לפיום המעי (סטומה, "שקית") גבוה יותר.

הוסברו לי האפשרויות לסיבוכים אחרי ניתוח כולל זהום דימום ופגיעה באיברים סמוכים.

הוסבר לי שעלולים להתפתח סיבוכים שיחייבו אשפוז ממושך, אשפוזים חוזרים, ניתוחים חוזרים ופגיעה תפקודית. השקת המעי עלולה לדלוף ולחייב פיום ("שקית") זמני או קבוע בדופן הבטן.

בניתוחי רקטום – הוסבר לי שמנגנון השליטה של פעולות המעי (יציאת צואה מפי הטבעת) עלול להיפגע באופן זמני או קבוע. גם מנגנון הטלת שתן עלול להיפגע ואני עלולה להזדקק לצנטר בשלפוחית השתן, לפחות זמנית.

הוסברה לי הפגיעה האפשרית בפעילות מינית (זיקפה ושפיכה).

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים בהרדמה אזורית. הסבר מפורט על שיטת ההרדמה יינתן לי על ידי מרדמים.

אם הבדיקה 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/ ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

הוסבר לי והבנתי את הצורך במעקב רפואי שנתי קבוע לאחר הניתוח, ובשמירה על אורח חיים בריא בהתאם להמלצות הרופא.

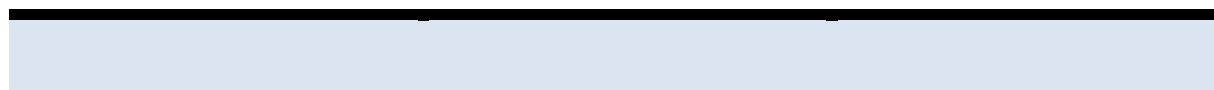
אני מצהירה ומאשרת כי קיבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.



מדבקת המטופל

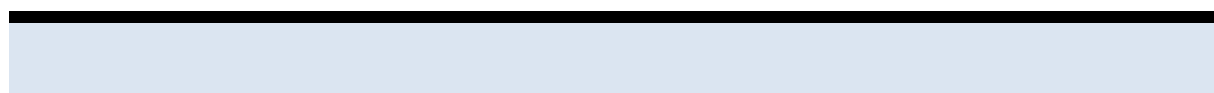
שם המוסד הרפואי / לוגו



חתימת המטופל

שעה

תאריך



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

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

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



תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)



קשריו לחולה

שם המתרגם/ת