



טופס הסכמה: כריתת מעי גס/רקטום COLON / RECTUM RESECTION

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

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

כללית / אזורית / מקומית

שם המטופל:

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

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

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

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

כמו כן, הוסבר 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.

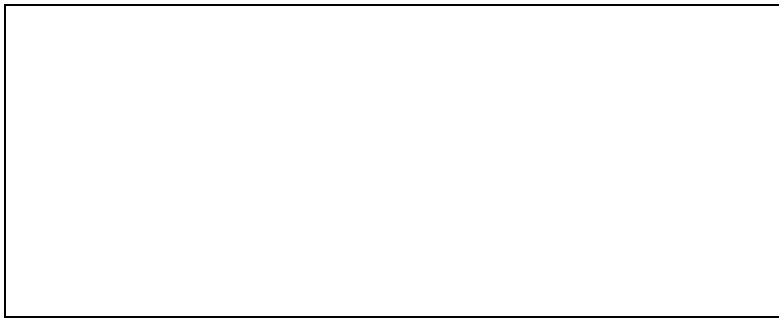
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: הוסבר לי שהניתוח מוגדר כ"ניתוח גדול" ויש בו סיכון לחיים בכ- 2%-1% מהמנותחים בנייתו מתוכננים ובכ 8%-2% בנייתו דחופים. הוסבר לי שבניתוחים דחופים שיעור הסיבוכים והתמותה גבוהים יותר מאשר בנייתו מתוכננים והסיכוי לפיוס המעי (סטומה, "שקית") גבוה יותר.

הוסבר לי האפשרויות לסיבוכים אחרי ניתוח כולל זהוים דימום ופגיעה באיברים סמוכים. הוסבר לי שעלולים להתפתח סיבוכים שיחייבו אשפוז ממושך, אשפוזים חוזרים, ניתוחים חוזרים ופגיעה תפקודית. השקת המעי עלולה לדלוף ולחייב פיוס ("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 מצהיר/ה ומאשר/ת 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 בפקוח 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 מסוים, 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 מצהיר/ה ומאשר/ת כי קיבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------
