

טופס הסכמה: ניתוח פתיחת בטן חוקרת

EXPLORATORY LAPAROTOMY

פתיחת בטן חוקרת מיועדת, לאבחון ולטיפול במצבים ו/או ארועים חריפים המחייבים טיפול, כאשר ההסתמנות הקלינית אינה ברורה, ואינה מאפשרת אבחון מדויק וקבלת החלטה טיפולית בדרך אחרת.

שם החולה:

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

ת.ז.

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

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בפתיחת בטן חוקרת בשל חשד ל_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו אבחון המחלה ו/או תיקון הנזק ו/או המצב החולני. הובהר לי כי הטיפול עשוי לכלול כריתה חלקית או שלימה של איברים פגועים, וכן שייתכן צורך בניתוח נוסף להשלמת הטיפול.

עם זאת הוסבר לי כי ייתכן שבניתוח ימצא שאין בעיה כירורגית באיברי הבטן ולא יבוצעו כל פעולות כירורגיות נוספות. הוסבר לי גם שייתכן והניתוח לא יביא לפתרון מלא או חלקי של הבעיה הרפואית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות.

בנוסף, הובהר לי שברוב המקרים, בניתוחים מסוג זה, יבוצע חתך ניתוחי נרחב כדי לאפשר סקירה של חלל הבטן, איתור וטיפול בכעיה התוך ביטנית. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן, חסימת מעיים ובקע באזור הצלקת הניתוחית.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים הקשורים בממצא הכירורגי שיתגלה לאחר פתיחת הבטן ובפעולה שתדרש, וכן סיבוכים האפשריים בכל התערבות ניתוחית נרחבת. פגיעה מערכתית נרחבת כתוצאה מסיבוכים אלה עלולה להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים ולמניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת, מאשר/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 ובכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחקי את המיותר

