



## טופס הסכמה: ניתוח להורדה ולקיבוע של אשך טמיר ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS)

אשך טמיר הינו פגם מולד בו לא השלים האשך את ירידתו לשק האשכים. מטרת הניתוח היא להוריד את האשך לשק האשכים ולקבעו שם, במטרה למנוע פגיעה בפוריות וכדי לאפשר זיהוי מוקדם של מצבים חולניים אחרים. הניתוח מבוצע דרך חתך במפשעה ובמהלכו מופרדים האשך, צינור הזרע וכלי הדם של האשך משק הבקע ומהידבקויות אחרות באזור כדי לאפשר את הורדת האשך לשק האשכים. במקרים שיתברר בהם, במהלך הניתוח, שכלי הדם של האשך קצרים מדי, יתכן שהניתוח יבוצע בשני שלבים נפרדים או שיהיה צורך בניטוק כלי הדם של האשך מאזור הבטן. פעולה זו עלולה לגרום לניוון האשך. במידה שבעת הניתוח ימצא האשך הטמיר פגום או בלתי מפותח ולא ניתן להורידו לשק האשכים, מומלץ לכרות אותו. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

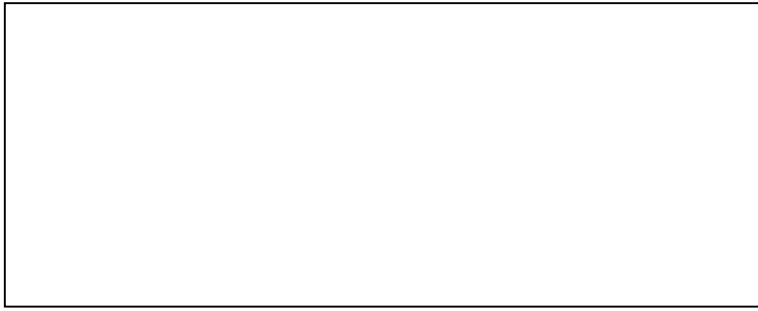
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: \_\_\_\_\_

שם משפחה

שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח להורדת אשך טמיר בצד **ימין / שמאל\*** (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, דהיינו, מתן הסיכוי הטוב ביותר להתפתחות תקינה של האשך. עם זאת הוסבר לי שאשך טמיר עלול להיות פגום מלכתחילה ולכן יתכן שיהיה צורך לכרות אותו. גם אם האשך ימצא תקין אין ערובה לכך שהאשך יתפתח בצורה תקינה לאחר הניתוח, ו/או שלא יחזור לאזור המפשעה, דבר שיחייב ניתוח נוסף. הוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול באשך טמיר. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה בחבל הזרע ו/או בכלי הדם של האשך ו/או באשך שיגרמו לניוון. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך 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 לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. 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.



---

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 לאפוטרופוס 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
--------------------	---------------	------------