

## טופס הסכמה : ניתוח לתיקון בקע טבורי

### REPAIR OF UMBILICAL HERNIA

בקע טבורי הינו לרוב פגם מולד ולעיתים פגם נרכש. ניתוח לתיקון הבקע נועד לטפל בתופעות המלוות כמו כאבים ודלקת, שחרור כליאה, או למניעת כליאתו של הבקע בעתיד. קיימים מקרים בהם התיקון יתבצע תוך שימוש בשתל רשת. במקרים מסוימים יהיה צורך בכריתת הטבור עצמו. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_

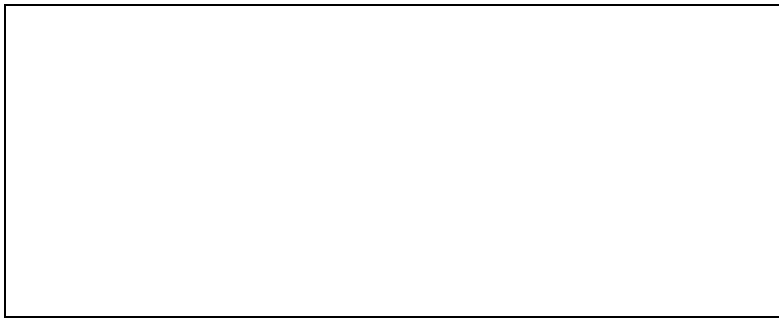
| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.  |
|----------|---------|--------|-------|
| _____    | _____   | _____  | _____ |

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

| שם משפחה | שם פרטי |
|----------|---------|
| _____    | _____   |

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון בקע טבורי (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום ולעיתים נדירות פגיעה באיברים פנימיים שתחייב הרחבת הניתוח לצורך תיקון. במקרים בהם נעשה שימוש בשתל רשת קיימת אפשרות של הופעת תגובה דלקתית באזור התיקון שתצריך ניתוח להוצאתו. כמו כן קיימת אפשרות של הישנות מאוחרת של הבקע שתיקונו מחייב ניתוח חוזר. 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו 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 למטופל/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 |
|--------------------|---------------|------------|