



## טופס הסכמה: לצינתור/פעולה פולשנית

שם המטופל: \_\_\_\_\_

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

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על הצורך בביצוע צינתור/פעולה פולשנית (פרט) \_\_\_\_\_  
 לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה,  
 לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה  
 את הסכמתי לביצוע הפעולה הפולשנית כאמור לעיל.  
 הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הצינתור/הפעולה הפולשנית יתברר שיש צורך להרחיב את  
 היקפה, לשנותה או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, 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 הרופא/ים המטפל/ים יהיו חיוניים או דרושים.  
 הסכמתי ניתנת, כמו כן לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם במידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול  
 דעתם של הרופא/ים המטפל/ים, למעט \_\_\_\_\_

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהצינתור/שהפעולה הפולשנית וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל  
 עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של מוסדכם, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד  
 שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
_____	_____	_____

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

אני מאשרת/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
_____	_____	_____