

# טופס הסכמה: ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ

## STRESS INCONTINENCE

אי נקיטת שתן (דליפת שתן) במאמץ נגרמת כתוצאה מהתרופפות התמיכה בכיס השתן והשופכה, המופיעה מסיבות שונות הגורמות לחולשת המנגנון הסוגר ואובדן השליטה על מתן שתן. הניתוח נעשה במקרים שבהם אי נקיטת השתן גורמת לבעיות הגייניות או חברתיות קשות והפרעה ניכרת בתפקוד היום יומי. קיימות מספר גישות כירורגיות לטיפול בבעיה, סוג הניתוח שיבחר תלוי בגורם לאי השליטה, בממצאים, במצבה הבריאותי של החולה ובשיקולי המנתח. הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית ו/או כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח לתיקון של אי נקיטת שתן במאמץ. פרט סוג/שם הניתוח והגישה הניתוחית \_\_\_\_\_ להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, סיכויי הצלחה והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי מפורשות כי לא ניתן להבטיח הצלחה מלאה של תיקון דליפת השתן בניתוח ובטווח הרחוק התופעות עלולות לחזור. אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות וקושי בהתרוקנות כיס השתן. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בעת הניתוח או מיד אחריו, לרבות: דימום, זיהום בשתן ובחתיך הניתוח; פגיעה בשלפוחית השתן ובנרתיק ובמקרים נדירים חסימת השופכנים. סיבוכים אלה עלולים להצריך שינוי הגישה הניתוחית, דהיינו, מעבר מגישה בטנית לגישה נרתיקית ולהפך, ומשיטה לפרוסקופית ל"שיטה הפתוחה" וכן טיפולים ו/או ניתוחים בעתיד. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות: הפרעה בדרגות שונות בהשתנה עד כדי עצירת שתן לתקופות שונות ואף ארוכות; תכיפות ודחיפות בהשתנה; צניחת הרחם וקירות הנרתיק; כאב כרוני באגן וכאב בקיום יחסי מין.

הוסברו לי גם הסיבוכים האפשריים הנוספים המתייחסים לגישות הכירורגיות כמפורט: בניתוח Marshall Marchetti Krantz - אפשרות של דלקת כרונית בעצם החיק; בניתוחים בגישה לפרוסקופית - אפשרות של פגיעה בעצבי האגן; ובניתוח Sling אפשרות להיווצרות פיסטולה בין השופכה או כיס השתן לבין הנרתיק. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים/ניתוחים נוספים.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מביין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה 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 ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה/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 החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)	
אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

\* מחקי את המיותר

ט' 159/0080 /OBGYN/UROL/ ספטמבר 1997



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה  
איגוד האורולוגים הישראלי

