



CESAREAN SECTION טופס הסכמה: ניתוח קיסרי

ניתוח קיסרי מבוצע לצורך חילוץ העובר מהרחם במצבים בהם לא ניתן לחלץ את העובר דרך הנרתיק מחשש סיכון או בשל סיכון ממש לילדת ו/או לעובר.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית.

שם היולדת: _____

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח קיסרי. (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על המהלך החזוי, התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הוסבר לי כי שיעורי התחלואה בניתוח קיסרי עולים על אלה שבלידה נרתיקית ומוגברים ככל שגדל מספר הניתוחים הקיסריים באותה אישה.

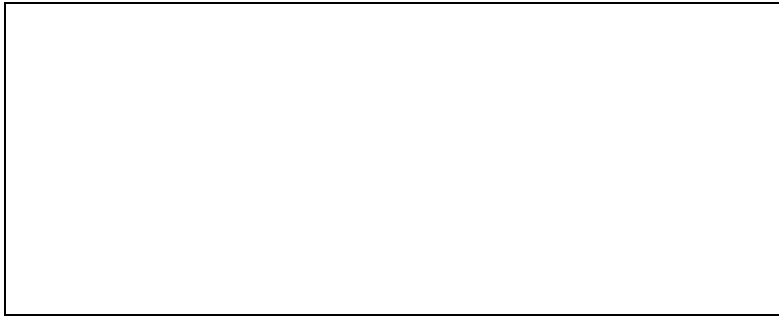
כמו כן הוסבר לי שניתוח קיסרי מגביל את האפשרות ללדת בלידה נרתיקית בעתיד.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות דימום מוגבר שעלול להצריך מתן עירווי דם ו/או קשירה של כלי הדם המספקים דם לרחם ו/או כריתת הרחם: זיהום של הרחם ו/או החצוצרות ו/או השחלות ו/או איברי הבטן האחרים שיצריך טיפול: ופגיעה באיברי הבטן או בכלי דם אשר יצריך פעולה כירורגית מתקנת. תמותה מניתוח קיסרי גבוהה מאשר בלידה נרתיקית, אך מאוד נדירה.

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי וכי יהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

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 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 מתבצע בהרדמה כללית ו/או אפידורלית והסבר על ההרדמה יינתן לי 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 היולדת
-------	-----	--------------

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

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה ליולדת / לאפוטרופוס של היולדת * 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
--------------------	---------------	------------