



טופס הסכמה: ניתוח פתיחת בטן חוקרת

EXPLORATORY LAPAROTOMY

פתיחת בטן חוקרת מיועדת, לאבחון ולטיפול במצבים ו/או אירועים חריפים המחייבים טיפול, כאשר ההסתמנות הקלינית אינה ברורה, ואינה מאפשרת אבחון מדויק וקבלת החלטה טיפולית בדרך אחרת.

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 בפתיחת בטן חוקרת בשל חשד ל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו אבחון המחלה ו/או תיקון הנזק ו/או המצב החולני. הובהר לי כי הטיפול עשוי לכלול כריתה חלקית או שלמה של איברים פגועים, וכן שיתכן צורך בניתוח נוסף להשלמת הטיפול. עם זאת הוסבר לי כי ייתכן שבניתוח יימצא שאין בעיה כירורגית באיברי הבטן ולא יבוצעו כל פעולות כירורגיות נוספות. הוסבר לי גם שיתכן והניתוח לא יביא לפתרון מלא או חלקי של הבעיה הרפואית. אני מצהיר/ה ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות. בנוסף, הובהר לי שברוב המקרים, בניתוחים מסוג זה, יבוצע חתך ניתוחי נרחב כדי לאפשר סקירה של חלל הבטן, איתור וטיפול בבעיה התוך ביטנית. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן, חסימת מעיים ובקע באזור הצלקת הניתוחית. כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים הקשורים בממצא הכירורגי שיתגלה לאחר פתיחת הבטן ובפעולה שתידרש, וכן סיבוכים האפשריים בכל התערבות ניתוחית נרחבת. פגיעה מערכתית נרחבת כתוצאה מסיבוכים אלה עלולה להסתיים במוות. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים ולמניעת 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 נוספות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת, מאשרת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת/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
--------------------	---------------	------------