



## טופס הסכמה: ניתוח כריתת רחם עם/ללא כריתת טפולות

# HYSTERECTOMY W/ WO SALPINGO OOPHORECTOMY

כריתת רחם עם/ללא טפולות מתבצעת מסיבות שונות. ההוריה לניתוח הנוכחי היא: \_\_\_\_\_

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית.

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 ניתוח כריתת רחם שלימה / תת שלימה\*, בגישה בטנית\*/ וגינלית\*/ לפרוסקופית\*, עם/ללא\* כריתת טפולות (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובהרו לי התוצאות המקוות ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בהם. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי מערכת השתן, פגיעה באיברי מערכת העיכול בכלי דם ופגיעה עצבית. הסיכונים עשויים להתגלות במהלך הניתוח, או בשלב מאוחר יותר. הוסבר לי כי פגיעות אלו ייתכן ויחייבו תיקון כירורגי בהרדמה מלאה.

הוסבר לי שאם הניתוח העיקרי כולל גם כריתת טפולות, ייתכן צורך בטיפול הורמונלי חלופי על מנת למנוע תופעות של גיל המעבר.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי 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 או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הובהר לי שהניתוח העיקרי יבוצע בהרדמה כללית ו/או הרדמה אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.  
אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, 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 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
--------------------	---------------	------------