

טופס הסכמה: ניתוח השתלת תותב לפין

IMPLANTATION OF PENILE PROSTHESIS

ניתוח השתלת תותב לפין מתבצע במקרים של אין-אונות (אימפוטנציה) במטרה לאפשר זיקפה. בעת הניתוח, מותקן התקן מכאני או הידראולי אל תוף הגופים המחילתיים של הפין ובהתאם לסוג התותב יוצר זיקפה (קשיחות) מתמדת או זיקפה לאחר הפעלת מנגנון הידראולי/מכאני.

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 השתלת תותב לפין (להלן: הניתוח העיקרי).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על החלופיות הטיפוליות להשתלת התותב, על הסיכויים והסיכונים של כל חלופה טיפולית לרבות טיפול תרופתי, טיפול בהזרקות אל תוך הפין, טיפול במכשיר ואקום, ניתוח בכלי דם והאפשרות להימנע מכל טיפול.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר על סוגי התותבים השונים והוסכם על השתלת תותב מסוג _____ . במקרה בו לא יוכל המנתח להשתיל את התותב שנבחר, אני נותן את הסכמתי להשתלת

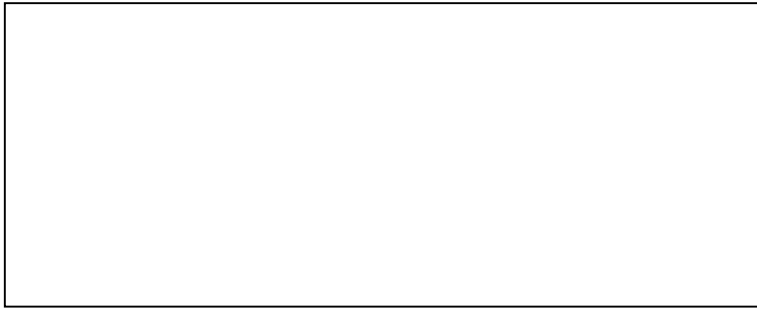
תותב מסוג _____ . כמו כן הוסבר לי כי במקרים נדירים לא יוכל המנתח לשתול כל תותב.

הוסבר לי שהמנתח ימדוד את אורך הגופים המחילתיים בעת הניתוח ולפי מידות אלו יבחרו תותב באורך המתאים, על פי שיקולו בעת הניתוח.

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהתותב יצור זיקפה מכאנית בלבד ולא ישפר או יחזיר לי תחושות מקומיות או כלליות, ולא ישפר את החשק והמשיכה המינית (ליבידו). כמו כן הוסבר לי שהתותב לא יאריך או יגדיל את מימדי הפין, ובמרבית המקרים מימדי הזיקפה עם התותב יהיו קטנים (באורך ובקוטר) בהשוואה לזיקפה הטבעית והזיקפה תהיה פחות קשיחה מהזיקפה הטבעית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר השתלת התותב, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות העלולים להימשך מספר שבועות ואף יותר.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיכונים הכרוכים בהשתלת התותב, לרבות עצירת שתן, זיהומים בחתך הניתוח ובתותב העלולים להופיע בסמיכות לאחר הניתוח או לאחר זמן מה, שבעטיים יהיה צורך להוציא את התותב בניתוח נוסף, דבר שעלול לגרום להקטנת מימדי הפין, עיוות צורתו וצמצום החלופות הטיפוליות בהמשך. לעיתים רחוקות תיתכן ירידה בתחושה בפין. כמו כן ייתכנו קלקולים מכאניים במנגנון התותב שידרשו ניתוח וכן תיתכן פריצה של מעטפת הגופים המחילתיים אל צינור השתן או דרך העור בעת הניתוח או לאחר זמן מה, דבר שיגרום להפסקת הניתוח מבלי שיוכנס התותב או יהיה צורך בהוצאת התותב בניתוח נוסף.



אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
כמו כן, 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 הליכים 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 לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי ע"י מרדים.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח 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 בבית החולים בכפוף לחוק.

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא חתם על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------