

## טופס הסכמה: כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית עקב שאת ממאירה Radical Prostatectomy for Malignant Tumor

הניתוח מבוצע בחולים, לשם הסרה מלאה של בלוטת הערמונית ושלפוחיות הזרע לאחר שביופסיה נמצאה אצלם שאת ממאירה של בלוטת הערמונית.

ניתן לבצע כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית במספר גישות:

1. גישה פתוחה בחתך ביטני - Radical Retropubic Prostatectomy
2. גישה פרינאלית בחתך מתחת לשק האשכים ומעל פי הטבעת - Radical Perineal Prostatectomy
3. גישה לפרוסקופית בה מוכנסים מכשירי הניתוח ומצלמה דרך חתכים קטנים בעור והמנתח מבצע את הניתוח כשהוא רואה את אזור הניתוח במסך ואוחז את המכשירים בידי Laparoscopic Radical Prostatectomy -
4. גישה לפרוסקופית בסיוע רובוט- גישה לפרוסקופית בה מוכנסים זרועות מכניות דרך חתכים קטנים בעור והמנתח מבצע את הניתוח על ידי הפעלתן מרחוק תוך הסתכלות במסך - Robot Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy

בחירת הגישה המתאימה ביותר לביצוע הניתוח נתונה לשיקול דעתו של הרופא המנתח, שיתבסס על תנאים אובייקטיביים הקשורים בחולה ובמחלתו. לאחר הניתוח יושאר צנתר בכיס השתן לתקופה שבין מספר ימים לשלושה שבועות ואף יותר בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המנתח. צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים) **ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**

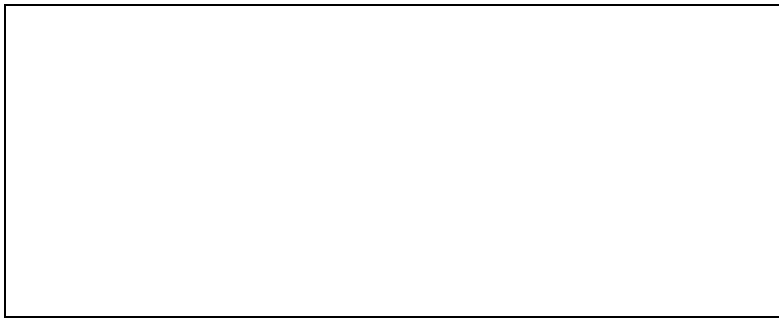
שם המטופל:

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 בביצוע הפעולה של כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית עקב שאת ממאירה - Radical			

Prostatectomy for Malignant Tumor בגישה \_\_\_\_\_ (להלן: הניתוח העיקרי). כמו כן, ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות מעקב אקטיבי, קרינה חיצונית, ברכיטרפיה (הקרנה פנימית), טיפול תרופתי וכן, הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהטיפולים הללו.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, דימום וצריבה לאורך השופכה, שיתוק זמני של פעילות המעייים (paralytic ileus) ואי שליטה על מתן שתן ופגיעה בתפקוד מיני. משך השגת השליטה על השתנה משתנה בין מנותח למנותח ויכול לארוך עד שנה. פגיעה בתפקוד מיני צפויה באחוז גבוה מן המנותחים ושיקום התפקוד יכול להמשך עד שנתיים. חיתוך דו צדדי של צינוריות הזרע הינו חלק בלתי נפרד מן הניתוח ולכן יביא לעקרות. הפריה לצורך הולדת ילדים תיתכן עדיין בשיטה חוץ גופית.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, אשר כוללים, בין היתר סיבוכים כגון, דימום העלול להביא לקבלת מנות דם, זיהום שמקורו בדרכי השתן, בדרכי הנשימה או בפצעי הניתוח, פקקת ("טרומבוזה") בורידיים העמוקים של הרגליים, תסחיף ריאתי, הפרעות קצב לבביות, אוטם שריר הלב, פגיעה ברקטום, היצרות או דלף בקו ההשקה שופכה-שלפוחית, חסימת שופכן=הצינור המוביל את השתן מן הכליה אל



שלפוחית השתן. קיומה של אי שליטה מוחלטת על ההשתנה שנה לאחר הניתוח מופיעה ב – 2% מהמנותחים ועלולה להצריך ניתוח לתיקון הבעיה. הובהר לי כי פגיעה בתפקוד מיני, בדרגה כזו או אחרת, עלולה להיות קבועה ולהצריך טיפול תרופתי או אחר.

הסיבוכים הנ"ל עלולים להצריך התערבות פולשנית נוספת לשם טיפול בהם. כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. (נא לסמן בעיגול).

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע ומסכים לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ לאפוסטרופוס/ למתרגם 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
--------------------	---------------	------------