



טופס הסכמה: הוצאה מלעורית של אבני כליה PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (PCNL)

הגישה המלעורית לצורך הוצאה וריסוק של אבני כליה (PCNL) מתבצעת על ידי יצירת תעלה והחדרת מכשיר לכליה (נפרוסקופ) באזור המותן. דרך המכשיר מוחדרים אביזרים שונים ובאמצעותם מורחקת/ות האבן/ים. בחלק מהמקרים לא ניתן לשלוף את האבן בשלימותה או להוציא את כל האבנים בפעם אחת ויהיה צורך לחזור על הפעולה או לבצע פרוצדורות נוספות כמו שימוש במכונה לריסוק חוץ גופי (ESWL) יתכן גם כישלון בהחדרת המכשיר לכליה. בתום הפעולה יוחדר צנתר שישמש כנקז (נפרוסטום) למשך מספר ימים. הפעולה מבוצעת בהרדמה מקומית, אזורית או כללית. לעיתים קרובות יש צורך בהסתכלות נוספת (SECOND LOOK) דרך תעלת הנפרוסטומיה לצורך הוצאת פירווי אבנים שנותרו לאחר הריסוק הראשון. פעולה זאת נעשית, בדרך כלל, ללא הרדמה. מספר ימים לאחר הניתוח מוצא הצנתר (נפרוסטום) והפתח בעור נסגר בדרך כלל תוך מספר ימים נוספים.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר :

שם פרטי ושם משפחה

על ניתוח להוצאה מלעורית של אבני כליה (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, כולל ניתוח פתוח וריסוק חוץ גופי של האבנים (ESWL) והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות במותן, תכיפות וצריבה בהטלת שתן ושתן דמי. במצבים בהם צפויה הפרעה במעבר השתן מהכליה לכיס השתן, יושאר צנתר בשופכן למשך מספר שבועות. במקרים בהם נמשכת דליפת שתן דרך הפתח בעור, יוכנס צנתר לכיס השתן ו/או לשופכן למשך מספר ימים כדי לאפשר את סגירת הפתח. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום, זיהום בדרכי השתן או במקום החדרת הנפרוסטום, פגיעה במערכת השתן המאספת ו/או פגיעה באברים אחרים שלעיתים יצריכו מעבר לניתוח פתוח לצורך תיקון הפגיעה. הסיכונים המתייחסים למערכת השתן עלולים לגרום, במקרים נדירים, לאובדן הכליה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



-2-

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה אזורת או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

X		
תאריך	שעה	חתימה
שם האפוטרופוס	קרבת האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה
חתימה וחותמת הרופא/ה
מס' רישיון

*מחק/י את המיותר.