



## טופס הסכמה : טיפול בסדק בפי הטבעת REPAIR OF ANAL FISSURE

מטרת הטיפול היא להקטין את עוצמת הכיווץ של סוגרי פי הטבעת על מנת להקל על הכאבים ולאפשר ריפוי הסדק/פצע ברירית פי הטבעת. ניתן להקטין את עוצמת הכיווץ בשתי דרכים: האחת, הרחבה ידנית של שריר פי הטבעת והשנייה חיתוך (בניתוח) של שריר הסוגר החיצוני. ההחלטה על דרך הטיפול נעשית על פי שיקול דעת רפואי ובהתאם לממצאים. הטיפול מתבצע, בדרך כלל, בהרדמה כללית או אזורית ולעיתים בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

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

שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_

על ניתוח/ טיפול בסדק בפי הטבעת / LATERAL SPHINCTEROTOMY / ANAL DILATION

אחר\* פרט : \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרון, חסרון והתאמתן למצבי. כמו כן הובהר לי שאין ביטחון מוחלט שהטיפול העיקרי יפתור את הבעיה, ולעיתים יהיה צורך בטיפול/ים נוסף/ים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ועצירות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום עד כי התפתחות מורסה, ואפשרות ליצירת נצור (פיסטולה) שלעיתים תחייב ניתוח נוסף. כמי כן קיים סיכון של פגיעה בסוגרי פי הטבעת אשר עשויה להתבטא באי שליטה על פליטת גזים והכתמת התחתונים בריר/ צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים. רוב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי חיזוק של שרירי פי הטבעת ורצפת האגן. במקרים נדירים יישאר נזק קבוע לסוגרים.

אני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שיתגלו בבדיקה תחת הרדמה (בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הניתוח בשל הכאבים בפי הטבעת).

