



## טופס הסכמה: ניתוח בקע בדופן הבטן ABDOMINAL WALL HERNIA SURGERY

בקע הוא למעשה חולשה של דופן הבטן, שגורמת לחדירה של רקמות שומן ושל אברים בחלל הבטן דרך דופן הבטן. בקעים בדופן הבטן נוצרים כתוצאה מפגם מולד/חולשה של דופן הבטן כתוצאה ממחלות נלוות או הזדקנות/פגם בדופן שנוצר לאחר ניתוחי בטן בעבר. כליאת שומן או חדירת אברים מחלל הבטן דרך דופן הבטן מהווה סיכון חיים. ניתוח הינו הטיפול המועדף לתיקון בקע. לעיתים במהלך הניתוח מוחדרת רשת לשחזור ולחיזוק דופן הבטן. הניתוח יכול להתבצע בשתי גישות: בגישה פתוחה באמצעות חתך בדופן הבטן; או בגישה לפרוסקופית המכונה גם "השיטה הזעיר-פולשנית" ונעשית באמצעות ניפוח חלל הבטן בגז CO<sub>2</sub>, והחדרת מצלמה כאשר הוא רואה על גבי מסך את המתרחש בחלל הבטן. השיקול לגישה הניתוחית מתבצע על ידי המנתח תוך התחשבות במצב החולה ומחלות הרקע, גודל הבקע וההיסטוריה הניתוחית של המטופל. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

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 הצורך בניתוח בקע בדופן הבטן (להלן: הטיפול העיקרי).  
הוסבר לי כי מטרת הניתוח היא לתקן את הבקע בדופן הבטן וזאת על מנת להפחית את סיכון גדילת הבקע וכליאה של אברי בטן חיוניים בבקע.  
הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה פתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן. גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח. הוסבר לי כי יתכן שהרופא המנתח יחליט במידת הצורך על מעבר לניתוח הפתוח בעודי מורדם ואני מביע את הסכמתי מראש לאפשרות כזו. הוסבר לי כי גם כאשר הניתוח מבוצע בשיטה הלפרוסקופית, לא מדובר בניתוח "קטן" ומעבר לחתך בדופן הבטן, הניתוח הלפרוסקופי זהה לניתוח הפתוח.  
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה באיבר תוך בטני כגון: לולאת מעי או כלי דם, בעת החדרת המכשירים הלפרוסקופיים. בנוסף, קיים סיכון לסיבוך באתר הניתוח כגון דימום, זיהום, פגיעה באיברי הבטן וכן זיהום בפצעי הניתוח. חלק מהסיבוכים עלול להצריך פעולות או ניתוחים נוספים, מידיים או מאוחרים. כמו כן, הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.  
הוסבר לי כי בביצוע הניתוח קיים סיכון לתחלואה ובמקרים נדירים אף לתמותה (פחות מ-1%). סיכון זה נובע ממספר גורמים- מחלות רקע, ניתוחים קודמים ונוכחות של הידבקויות של מעי באזור הניתוח שבמהלך הפרדתן תיתכן פגיעה בשלמות המעי. במקרים קיצוניים של בקעים גדולים, החזרת תכולת הבקע אל חלל הבטן עשויה לגרום להפרעה נשימתית קשה ואף להפרעה בתפוקת הלב, שיתכן וידרוש ניתוח דחוף נוסף להפחתת לחץ בבטן או לפתור בעיה ניתוחית אחרת כגון: דלף ממעי או חסימת מעי.  
יתכן ויהיה צורך בהוצאה דחופה של הרשת במידה ויתרחש מצב זיהומי תוך בטני בזמן התאוששות, או אף בשלב מאוחר יותר כתוצאה מזיהום הרשת. כתוצאה משימוש ברשתות שונות יתכנו סיבוכים הקשורים ישירות לשימוש ברשתות כגון: הידבקויות של מעי אל הרשת, זיהום של הרשת, חדירה של סיבי הרשת אל לולאות המעי והיווצרות נצור בין המעי לרשת – מצבים אלה עשויים לדרוש טיפולים ניתוחיים מאוחרים של הוצאת הרשת והגדלת החסר בדופן הבטן כתוצאה מכך.

הוסבר לי, כי בהתאם לסוגי התיקון השונים, קיים סיכון של כ- 30%-3% (נמוך בבקע מפשעתי וגבוה בבקע בדופן הבטן (POVH) לחזרת הבקע, חזרת הבקע עשויה להתרחש זמן קצר לאחר הניתוח ועד לשנים אחר כך.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

הוסבר לי כי מטרת הניתוח אינה קוסמטית ויתכן ויהיה עיוות קל במראה דופן הבטן לאחר הניתוח. הוסבר לי כי עשויה להתפתח הצטברות של דם או נוזלים באזור חלל הבקע הקודם, או מעל לרשת ולעיתים יהיה צורך בניקוז של הנוזל ע"י ניקור מלעורי.

הוסבר לי כי, שכתוצאה מהניתוח יתכנו כאבים ממושכים ואף כרוניים הנובעים מגירוי של עצב או פגיעה בעצב תחושתי, מצב שעשוי להיות מטופל במסגרת מרפאת כאב תקופה מושכת ובמקרים נדירים ידרוש התערבות ניתוחית נוספת.

בגברים עלולה אספקת הדם של האשך להיפגע והאשך יעבור נמק (ב-1%).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן 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 במלואן, אך משמעותן 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 או אחריו.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים העיקריים 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 בבית החולים בכפוף לחוק וכי האחראי על הטיפול יהיה ד"ר:

שם פרטי ושם משפחה

הוסבר לי והבנתי את הצורך במעקב רפואי שנתי קבוע לאחר הניתוח, ובשמירה על אורח חיים בריא בהתאם להמלצות הרופא.

אני מצהיר ומאשר כי קבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

תאריך	שעה	X 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