



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, מוחדר התקן מכני או הידראולי אל תוף הגופים המחילתיים של הפין ובהתאם לסוג התותב יוצר זקפה (קשיחות) מתמדת או זיקפה לאחר הפעלת מנגנון הידראולי/מכני.

שם המנותח/ת:

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 השתלת תותב לפין (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על החלופות 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 ומאשר בזאת כי קבלתי 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 יבחר תותב באורך המתאים, על פי שיקוליו בעת הניתוח.

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהתותב יוצר זיקפה מכאנית בלבד ולא ישפר או יחזיר לי תחושות מקומיות או כלליות, ולא ישפר את החשק והמשיכה המינית (לבידו). 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 ומאשר בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר השתלת התותב, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות העלולים להימשך מספר שבועות ואף יותר. כמו כן הוסברו לי הסיכויים 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 בנייתוח נוסף, דבר שעלול לגרום להקטנת ממדי הפין, עיוות צורתו וצמצום החלופות הטיפוליות בהמשך. לעיתים רחוקות תתכן ירידה בתחושה בפין. כמו כן יתכנו קלקולים מכאניים במנגנון התותב שידרשו ניתוח וכן תתכן 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 בנייתוח נוסף.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



-2-

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 בהליכים 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. 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 שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא /ה

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

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

1. תמצית ההסבר שניתן למטופל

 הערות:

2. מקום שיחת ההסכמה:

3. נוכחים בשיחה:

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

מחק' את המיותר



הרצליה
מדיקל
סנטר