



טופס הסכמה: ניתוח לסגירת חצוצרות על ידי ESSURE

ניתוח לסגירת חצוצרות מתבצע בפעולה הנקראת היסטרוסקופיה, בה מוחדר סיב אופטי מבעד לצוואר הרחם להדגמת חלל הרחם. במהלך הפעולה מוחדרים מעין פקקים (תומכונים) לשתי החצוצרות של הרחם. הפעולה מתבצעת עם/ או ללא הרדמה.

שם האשה: _____

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי ושם משפחה

על הצורך בפעולה לסגירת החצוצרות, בשל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי סתימת החצוצרות מתרחשת במהלך 3 החודשים שלאחר הפעולה ועד אז עלי להשתמש באמצעי מניעה נוספים. הוסברו לי החלופות למניעת הריון האפשריות בנסיבות המקרה. היתרונות של כל אחת מהן, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן. הובהר לי שמניעת ההריון הנגרמת בעטיו של הניתוח היא בלתי הפיכה.

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שפעולת העיקור לא תצליח כלל או לא תפעל לטווח ארוך. שיעור הכישלונות המדווחים בשיטות לחסימת החצוצרות השונות נע בין אחד לחמישה מתוך אלף נשים. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נעימות ואפילו כאבים קלים ותחושה של לחץ ומלאות בבטן.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות דימום וזיהום בחלל הרחם במקרים נדירים מאוד.

אני מצהירה בזאת שלמיטב ידיעתי, איני בהריון. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע פעולת התקנת ESSURE. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה 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 מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע ללא הרדמה, אך אם יוחלט על ביצוע הפעולה העיקרית בהרדמה אזורית או כללית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר *

שם הרופא/ה המנתח/ת

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 לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה

חתימה וחותמת הרופא/ה

מס' רישיון

*מחק/י את המיותר.