



## טופס הסכמה: ניתוח קיבה Gastrectomy

ניתוחי קיבה מבוצעים לרוב לכריתת גידולים ממאירים ו/או טרום סרטניים של הקיבה ולעיתים לגידולים שפירים, תהליכים דלקתיים כרוניים המצרים את מוצא הקיבה ודימומים מסכני חיים. ניתוח לכריתת הקיבה הינו הטיפול היחיד המוכח כיום, לרפא סרטן הקיבה. כריתת הקיבה יכולה להיות מלאה או חלקית.

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 ב**ניתוח קיבה** (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שהניתוח חיוני לניסיון לרפא אותי.

הוסבר לי שהניתוח מוגדר כ"ניתוח גדול" ויש בו סיכון משמעותי לחיים בכ-4%-2% בשל מורכבותו ובשל מחלות נילוות שלי.

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: דימום וצורך בהחזר דם, זיהום באתר הניתוח או בפצע הניתוח שיחייב לעיתים ניקוז וטיפול אנטיביוטי ועלול להתפתח לאלח דם וסיבוכיו, סיבוכים הכרוכים בהרדמה כללית וניתוח גדול (תסחיף ריאתי, דלקת ריאות, מאורע לבבי, מוחי ועוד), סיבוכים בפצע הניתוח. הוסבר לי שעלולים להתפתח סיבוכים שיחייבו אשפוז ממושך, כמו כן, ייתכן ניתוח חוזר, אשפוזים חוזרים ופגיעה תפקודית עד להחלמה. עלול גם להתפתח "נצור" מהקיבה / גדם התריסריון. בכריתה חלקית של הקיבה ייתכנו תסמינים המלווים התרוקנות מהירה של הקיבה הכוללים דופק מהיר, הזעה, כאבי בטן ושלשול.

לאחר כריתה של הקיבה, בעיקר כריתה שלמה, ייתכנו שינויים בהרגלי האכילה לרבות עליה במספר הארוחות תוך הקטנת הנפח של כל ארוחה, הפרדה בין מזון מוצק ושתייה והימנעות מארוחות בסמוך לשעת השינה. במרבית הניתוחים תבוצע כריתה נרחבת של בלוטות הלימפה המנקזות את הקיבה על מנת לשפר את סיכויי הריפוי. ניתוח זה הוא גדול יותר משמעותית ומעלה את שיעור הסיבוכים. כמו בניתוחי בטן אחרים, עלולות להתפתח הדבקויות בחלל הבטן העשויות לגרום לחסימות מעיים שנים ארוכות לאחר החלמתי. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/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 לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.



הובהר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.  
 אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח 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 על הניתוח 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/ה ומאשר/ת כי קבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

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

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.

שם הרופא/ה

חתימה וחותמת הרופא/ה

מס' רישיון

• מחק' את המיותר