



## טופס הסכמה: כריתה לפרוסקופית של כיס מרה LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

כריתת כיס מרה בדרך לפרוסקופית היא השיטה המקובלת כיום לטיפול במחלת כיס מרה על רקע אבנים ו/או דלקות. הפעולה מכונה גם "השיטה הסגורה" ונעשית באמצעות החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן.

הניתוח מבוצע 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 בכריתת כיס מרה בשיטה לפרוסקופית (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן.

גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות שיהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה" במהלך הניתוח.

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, זיהום, נזק לצינוריות המרה שעלול לגרום לנזק לכבד ופגיעה באיברי בטן אחרים. כמו כן קיימת אפשרות של מעבר אבנים קטנות לדרכי המרה בעת הניתוח העיקרי שתצריך את הוצאתן במועד מאוחר יותר. חלק מהסיבוכים עלול להצריך ניתוחים נוספים מיידיים או מאוחרים.

כמו כן, הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח בשלב מאוחר יותר. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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 בודאות 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.

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



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

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 שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר\*

שם הרופא/ה המנתח/ת		
<b>X</b>		
חתימה	שעה	תאריך
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.

מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

\*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.