

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

**מדבקת פרטי מטופל**

## טופס הסכמה: לניתוח הוצאת כליה מתורם חי לצורך השתלה באחר

# INFORMED CONSENT FOR THE REMOVAL OF A KIDNEY FROM A LIVE DONOR FOR TRANSPLANTATION IN A RECIPIENT

בניתוח מוצאת כליה אחת מתורם, לצורך השתלתה בחולה הסובל מאי ספיקה כליתית סופנית, ונוזק או יודק בקרוב לטיפול בדיאליזה לכל חייו. מטרת ההשתלה לאפשר לנתרם לחיות ללא צורך בדיאליזה. סיכויי קליטת הכליה המושתלת גבוהים, אך יש לדעת שתיתכן דחייה של הכליה המושתלת או תפקוד לקוי שלה. הכליה הנותרת בתורם, צפויה להגביר את תפקודה בהדרגה, עד לתפקוד קרוב מאוד (כ-80%) לזה של שתי הכליות, ללא השפעה ארוכת טווח על איכות החיים או תוחלת החיים של התורם. הניתוח להוצאת הכליה לתרומה מתבצע לרוב כניתוח לפרוסקופי סגור, אך יכול גם להתבצע בשיטה הפתוחה, דרך הבטן או המתן, על פי שיקולי המנתח. בשתי השיטות מבוצע הניתוח בהרדמה כללית.

שם תורם/ה הכליה:

שם משפחה      שם פרטי      שם האב      ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם משפחה      שם פרטי

על ניתוח הוצאת הכליה מגופי לצורך השתלתה באחר כתרומה (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי, והבנתי את משמעות הוצאת הכליה מגופי, ואת ההשלכות הצפויות על מצבי הרפואי, ואני מסכים בזאת לניתוח העיקרי.

אני מאשר בזאת שהוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות אי נוחות וכאבים שיחלפו תוך מספר ימים. הבנתי שתיתכן אפשרות שניתוח לפרוסקופי סגור יהפוך לניתוח פתוח, על פי שיקולי המנתח.

אני מאשר בזאת כי הוסבר לי הסיכויים האפשריים של הניתוח העיקרי, כמו זיהום ו/או דימום באזור הניתוח, וסיכויים נדירים יותר כמו פגיעה באברי הבטן ו/או בכלי דם הסמוכים למקום הניתוח, והוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוח נוסף לתיקונים. הוסבר לי כי תיתכן הפרשה מוגברת של חלבון בשתן היכולה להימשך שנים מספר, שאינה דורשת טיפול, ואין לה בדרך כלל השלכות על המצב הבריאותי. בחלק קטן מהתורמים תיתכן עליה בלחץ הדם, בה יהיה צורך לטפל בעזרת תרופות.

הוסבר לי והבנתי שבמקרים נדירים מאוד יתכן מוות בעקבות הניתוח העיקרי.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או אחריו יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים 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 מתבצע בהרדמה כללית וכי הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי למעט בניתוח פרטי, לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי כירורג מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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

אני מצהיר ומאשר כי קיבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

אני מצהיר ומאשר כי הכליה מיועדת להשתלה (סמן את האפשרות הנכונה ומחק המיותר):





מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

**מדבקת פרטי מטופל**

□ בחולה: \_\_\_\_\_ שקרבתו/ה המשפחתית אלי היא: \_\_\_\_\_

שם פרטי      שם משפחה

□ כתרומה אלטרואיסטית, בחולה: \_\_\_\_\_ שאינו קרוב/ת משפחתי.

שם פרטי      שם משפחה

□ כתרומה אלטרואיסטית, בחולה שייבחר ע"י מרכז ההשתלות הארצי.

תאריך      שעה      חתימת המנותח/ת התורם

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לתורם/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה      מספר רשיון      חתימה

מחלקה נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד האורתופדי בישראל  
החברה הישראלית לכירורגיה של הברך ולארתרוסקופיה

