



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

טופס הסכמה: הוצאה מלעורית של אבני כליה PERCUTANEOUS NEPHROSTOLITHOTOMY (PCNL)

הגישה המלעורית לצורך הוצאה וריסוק של אבני כליה (PCNL), מתבצעת על ידי יצירת תעלה והחדרת מכשיר לכליה (נפרוסקופ) באזור המותן. דרך המכשיר מוחדרים אביזרים שונים ובאמצעותם מורחקות האבן/ים. בחלק מהמקרים לא ניתן לשלוף את האבן בשלימותה או להוציא את כל האבנים בפעם אחת ויהיה צורך לחזור על הפעולה או לבצע פרוצדורות נוספות כמו שימוש במכונה לריסוק חוץ גופי (ESWL). יתכן גם כשלון בהחדרת המכשיר לכליה. בחום הפעולה יוחדר צנתר שימש כנקז (נפרוסטום) למשך מספר ימים. הפעולה מבוצעת בהרדמה מקומית, אזורית או כללית. לעיתים קרובות יש צורך בהסתכלות נוספת (SECOND LOOK) דרך תעלת הנפרוסטומיה לצורך הוצאת פירורי אבנים שנותרו לאחר הריסוק הראשון. פעולה זאת נעשית, בדרך כלל, ללא הרדמה. מספר ימים לאחר הניתוח מוצא הצנתר (נפרוסטום) והפתח בעור נסגר בדרך כלל תוך מספר ימים נוספים.

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 _____ שם משפחה _____

על ניתוח להוצאה מלעורית של אבני כליה (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, כולל ניתוח פתוח וריסוק חוץ גופי של האבנים (ESWL), והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות כמותן, תכיפות וצריכה בהטלת שתן ושתן דמי. במצבים בהם צפויה הפרעה במעבר השתן מהכליה לכיס השתן, יושאר צנתר בשופכן למשך מספר שבועות. במקרים בהם נמשכת דליפת שתן דרך הפתח בעור, יוכנס צנתר לכיס השתן/או לשופכן למשך מספר ימים כדי לאפשר את סגירת הפתח. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום; זיהום בדרכי השתן או במקום החדרת הנפרוסטום; פגיעה במערכת השתן המאספת ו/או פגיעה באברים אחרים שלעיתים יצריכו מעבר לניתוח פתוח לצורך תיקון הפגיעה. הסיכונים המתמייחים למערכת השתן עלולים לגרום, במקרים נדירים, לאובדן הכליה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן 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 נוספות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה אזורית או כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח כי ייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
------------------------	---

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

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישון
------------	---------------	-----------

* מחקי את המיותר

