



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

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

טופס הסכמה לניתוח (פעולה)

(שימוש בטופס זה יעשה אך ורק במקרים בהם אין טופס ייעודי)
(חובה למלא את כל השדות)

שם החולה: שם משפחה שם פרטי שם האב ת"ז

על הצורך בביצוע ניתוח ** נא לרשום בעברית

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה כללית אזורית או מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט

(נא ציין פרטים ואם אין – נא לציין "אין")

"ידוע לי שבית החולים הוא בית חולים עם סינוף אוניברסיטאי ובהערכה ובניתוח עשויים ליטול חלק סטודנטים, בפיקוח מלא".
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 מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל.....

הערות:

הערת הסכמה – מקום שיחת ההסכמה:

נוכחים בשיחה:

תאריך שעה חתימת המטופל

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קרבה)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתומה