



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: ניתוח לכריתת התוספתן

### APPENDECTOMY

תלונות וממצאים קליניים המחשידים לקיום דלקת חריפה של התוספתן, מחייבים ניתוח לכריתתו. נוכחות תוספתן דלקתי בבטן גורמת לזיהום תוך בטני ממוקד או מפורז בחלל הבטן המסכן חיים. לעיתים, בעת הניתוח, יתגלה מצב דלקתי מסובך שבו לא ניתן לכרות את התוספתן, ואז יש צורך להשאיר נקז במקום הניתוח ולנתח שנית במועד מאוחר יותר. במצבים בהם נמצא שהתוספתן אינו מודלק, תבוצע סקירה של הבטן לשם איתור וזיהוי סיבת התלונות והממצאים הקליניים, ובהתאם לכך יתבצע הטיפול הניתוחי. כריתת תוספתן במקרים אלה תהא נתונה לשיקולו של המנתח.

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	שם משפחה
_____	_____

על הצורך בכריתת התוספתן (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שתחנך אפשרות שהתוספתן ימצא לא מודלק אך בכל זאת יוחלט לכרות אותו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה באיברי הבטן, הדבקויות שעלולות לגרום לעקרות מכונית אצל נשים.

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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, 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/לאפוסטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא תתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____

\*מחקר/י את המיותר

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים  
איגוד הכירורגים בישראל

