



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

שם פרטי:	שם משפחה:
תאריך לידה:	שם האב:
<b>מדבקת פרטי מטופל</b>	
מס' זהות:	
כתובת:	
טלפון:	

## טופס הסכמה: ניתוח השתלת תותב לפין IMPLANTATION OF PENILE PROSTHESIS

ניתוח השתלת תותב לפין מתבצע במקרים של אין-אונות (אימפוטנציה) במטרה לאפשר זיקפה. בעת הניתוח, מוחרר התקן מכאני או הידראולי אל תוף הגופים המחילתיים של הפין ובהתאם לסוג התותב יוצר זיקפה (קשיחות) מתמדת או זיקפה לאחר הפעלת מנגנון הידראולי/מכאני. שם החולה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_

אני מצהיר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
על ניתוח השתלת תותב לפין (להלן "הניתוח העיקרי").  
אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על החלופות הטיפוליות להשתלת התותב, על הסיכויים והסיכונים של כל חלופה טיפולית לרבות טיפול תרופתי, טיפול בהזרקות אל תוך הפין, טיפול במכשיר ואקום, ניתוח בכלי דם והאפשרות להימנע מכל טיפול.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על סוגי התותבים השונים והוסכם על השתלת תותב מסוג \_\_\_\_\_ . במקרה בו

לא יוכל המנתח להשתיל את התותב שנבחר, אני נותן את הסכמתי להשתלת תותב מסוג \_\_\_\_\_ . כמו כן הוסבר לי כי במקרים נדירים לא יוכל המנתח לשתול כל תותב.

הוסבר לי שהמנתח ימדוד את אורך הגופים המחילתיים בעת הניתוח ולפי מידות אלו יבחר תותב באורך המתאים, על פי שיקוליו בעת הניתוח. כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהתותב יוצר זיקפה מכאנית בלבד ולא ישפר או יחזיר לי תחושות מקומיות או כלליות, ולא ישפר את החשק והמשיכה המינית (ליבידו). כמו כן הוסבר לי שהתותב לא יאריך או יגדיל את מימדי הפין, ובמרבית המקרים מימדי הזיקפה עם התותב יהיו קטנים (באורך ובקוטר) בהשוואה לזיקפה הטבעית והזיקפה תהיה פחות קשיחה מהזיקפה הטבעית. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר השתלת התותב, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות העלולים להימשך מספר שבועות ואף יותר. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיכונים הכרוכים בהשתלת התותב, לרבות עצירת שתן, זיהומים בחתך הניתוח ובתותב העלולים להופיע בסמיכות לאחר הניתוח או לאחר זמן מה, שבעטיים יהיה צורך להוציא את התותב בניחות נוסף, דבר שעלול לגרום להקטנת מימדי הפין, עיוות צורתו וצמצום החלופות הטיפוליות בהמשך. לעיתים רחוקות תתכן ירידה בתחושה בפין. כמו כן יתכנו קלקולים מכאניים במנגנון התותב שידרשו ניתוח וכן תתכן פריצה של מעטפת הגופים המחילתיים אל צינור השתן או דרך העור בעת הניתוח או לאחר זמן מה, דבר שיגרום להפסקת הניתוח מבלי שיוכנס התותב או יהיה צורך בהוצאת התותב בניחות נוסף.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.  
כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים 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 מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי ע"י מרדים.  
אני יודע ומסכים לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

