



# **טופס הסכמה ניתוח להורדה ולקיבוע של אשך טמיר**

## **ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS)**

מדבקה

אשר טמיר הינו פגם מולד בו לא החלים האשך את ירידתו לשק האשכים. מטרת הניתוח היא להוריד את האשך לשק האשכים ולקבעו שם, במטרה למנוע פגיעה בפירות וcdc לאפשר זהוי מוקדם של מצבים חולניים אחרים. הניתוח מבוצע דרך חתך במפשה ובמהלכו מופרדים האשך, צינור הזרע וכלי הדם של האשך משק הבקע ומהדבקויות אחרות באזורי כדי לאפשר את הירידת האשך לשק האשכים

במקרים בהם שיתברר בהם, במהלך הניתוח, שכלי הדם של האשם קיצרים מדי, יתכן שהניתוח יבוצע בשני שלבים נפרדים או שייהי צורך בניתוק כלי הדם של האשם מאזור הבطن. פעולה זו עלולה לגרום ליוון האשם, במידה שבזאת הניתוח נמצא האשם הטמיין פגום או בלתי מפוזח ולא ניתן להורידו לשק האשכים, מומלץ לכרות אותו. הניתוח מבוצע בהרדיומה כללית.



אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתني הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר:

על הצורך ביצוע ניתוח להורדת אשך טמייר (ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS) ■ בצד ימין ■ בצד שמאל (להלן: "הניתוח המקורי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המוקוטות של הניתנות העיקרי, דהיינו, מתן הסיכון הטוב ביותר להפתוחות תקינה של האיש. עם זאת הוסבר לי שאשך טמיר עלול להיות פגום מלכתחילה ולכן יתכן שייהי צורך לכנות אותו. גם אם האיש ימצא עוזבה לכך שהוא יפתח בכוונה תקינה לאחר הניתנות, ו/או שלא יותר לאזרם המפשעה, דבר שחייב ניתנות נוספת. הוסבר לי כי אין דרכים חילופיות לטיפול אשך טMRI.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי היסכונים והסבירוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, פגיעה בחבל הזרע ו/או בכליה הדם של האשך ו/או באשך שיגרם לוינויו.

אני נותן בזאת את הסכמתך לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/נה שקיים אפשרות שתוקן מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקטו בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלה חיים או למונעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספת נספთ שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובירה לי, לפיכך אני מסכים גם לאוֹתָה הרחבה, שניתנו, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך המהלך הניתוח העיקרי.

הובחר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהערכתם כללית והסביר על ההערכתה נתן לי על ידי המדרדים.  
אני יודעת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יושו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם להנחיות  
ולהוראות של **TLV מזיקל** וכי לא הובטח לי شيءו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובכלל שיעשו באחריות  
המקובלת ב-**TLV מזיקל** בכפוף לחוק.



**TLV** —  
**MEDICAL**

ידועו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמדובר ל-**TLV מדיקל** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתබל אודוטוי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמופיע לך (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטיו התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם מכוחו. במידע כאמור ישתמשת המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכאן ואילך. במידע כאמור ישתמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות ואות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 (להלן: "חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מנתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בכללות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקותו וכיו"ב יחולו דין מדינת ישראל. בחתימתה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, ממשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חפיית החולה

שען

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין. קטין או חולה ונפש)

שח האפונטוניום (קירלה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפטורופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירות הדروس וכי הוא/היא חתמת/ה על הסכמה בפניי לאחר שוכנעתני כי הביוו/ה את הסברי במלואם.

הנחיות: מטרת הוראה: מטרת בשינו:

קשרינו למטרופל

שם המתרגם