



## טופס הסכמה לכריתת קטע רקמה מצוואר הרחם ע"י לולאה חשמלית

מדבקה

מטרת הניתוח היא לטפל בנגעים טרום סרטניים בצוואר הרחם, לפני שיהפכו לממאירים. במהלך הפעולה נכרתת בעזרת לולאה, בה מועבר זרם נמוך של חשמל, פיסת רקמה מצוואר הרחם. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית, אזורית או כללית, על פי שיקולי הרופא. לאחר הפעולה יש להישאר להשגחה על פי סוג ההרדמה.

שם המטופלת: \_\_\_\_\_

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת קטע רקמה מצוואר הרחם על ידי לולאה חשמלית (להלן: "הפעולה העיקרית") אני מצהירה בזאת, ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בהן.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הפעולה העיקרית, לרבות: כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה, ודימום קל העלול להמשך כארבעה שבועות. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הפעולה העיקרית, לרבות דימום משמעותי, זיהום באגן או בנרתיק, היצרות של צוואר הרחם, פגיעה ברקמות סמוכות כמו: הנרתיק, כיס השתן או המעי, הוסברה לי האפשרות של צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיבוכים אלה. הובא לידיעתך שחלק מהנשים שהרו לאחר כריתת קטע רקמה מצוואר הרחם על ידי לולאה, ילדו ילדים מוקדם יותר ובמשקל לידה נמוך יותר מנשים שלא עברו פעולה זו. הובהרה לי החשיבות שבהימנעות מפעולה גופנית מאומצת משך ימים מספר לאחר הפעולה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הפעולה העיקרית או אחריה, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות כמו עצירת דימום נרחב או טיפול בפגיעות באיברים סמוכים, או פעולות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי TLV מזיקל יהיו חיוניות או דרושות במהלך ההפעולה העיקרית או מיד לאחריה.

הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות שטף דם ונפיחות מקומית וכאב באזור ההזרקה, ולעיתים נדירות תגובה אלרגית לחומרי ההרדמה המקומית בדרגות חומרה שונות.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידת הצורך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

לגבי הרדמה אזורית או כללית יינתן לי הסבר נפרד על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של TLV מזיקל וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-TLV מזיקל בכפוף לחוק.



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.  
אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל- **TLV מדיקל** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.  
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.  
בחימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך:  שעה:

חתימת המטופל:

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

שם הרופא:  חתימה:  מס' רשיון:

קשריו למטופל

שם המתרגם