

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 06/19

טופס הסכמה ל

ביצוע תפר בצוואר הרחם
Cervical cerclage

מטרת הפעולה הינה הפחתת הסיכון ללידה מוקדמת / הפלה מאוחרת באמצעות תפירה של צוואר הרחם באמצעות תפר בלתי נספג.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / אזורית

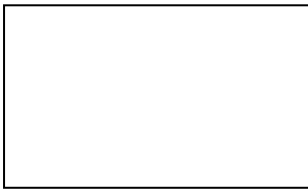
שם המטופלת:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
<p>אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע תפר בצוואר הרחם, להלן "הניתוח", מד"ר/פרופ':</p>			

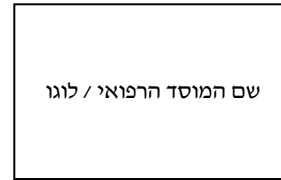
שם משפחה	שם פרטי

תאריך	שעה	חתימת המטופלת
<p>כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי תמיכה באמצעות תכשירים פרוגסטטיביים / מעקב אחר אורך צוואר הרחם.</p> <p>אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי העיקריות לאחר הניתוח: דמם לידני, התכווצויות רחמיות.</p>		





מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שבמהלך הבדיקה בהרדמה יתברר שיש צורך לבצע פעולות נוספות כגון: הפשלה של שלפוחית השתן והרקטום ו/או דחיקה של קרומי השפיר על מנת להניח את התפר במקום המתאים ובצורה קבועה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דם לידני, ירידת מים מוקדמת, לידה מוקדמת, קרעים של צוואר הרחם, פגיעה בשלפוחית השתן, זיהומים לדניים, זיהום תוך רחמי ואובדן ההיריון. כמו כן יתכן קושי בהוצאת התפר והצטלקות הצוואר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח יתברר שלא ניתן להשלימו ו/או יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח.

הוסבר לי שהפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שביצוע התפר הצווארי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח.



תאריך	שעה	חתימת המטופלת
-------	-----	---------------



שם אפוסטרופוס (קירבה למטופלת) / חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוסטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.



שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------



שם המתרגם/ת / קשריו לחולה



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
מקבוצת מרדס

