



טופס הסכמה : טיפול בסדק בפי הטבעת

REPAIR OF ANAL FISSURE

מטרת הטיפול היא להקטין את עוצמת הכיווץ של סוגרי פי הטבעת על מנת להקל על הכאבים ולאפשר רפוי הסדק/פצע ברירית פי הטבעת. ניתן להקטין את עוצמת הכיווץ בשתי דרכים: האחת, הרחבה ידנית של שריר סוגר פי הטבעת והשנייה חיתוך (בניתוח) של שריר הסוגר הפנימי. ההחלטה על דרך הטיפול נעשית על פי שיקול דעת רפואי ובהתאם לממצאים. הטיפול מתבצע, בדרך כלל, בהרדמה כללית או אזורית ולעיתים בהרדמה מקומית.

שם המטופל: _____

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 ניתוח/טיפול בסדק בפי הטבעת ANAK DILATATION/LATERAL SPHINCTEROTOMY / אחר* פרט :

(להלן: "הטיפול העיקרי"). _____

הוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרון, חסרון והתאמתן למצבי. כמו כן הובהר לי שאין ביטחון מוחלט שהטיפול העיקרי יפתור את הבעיה, ולעיתים יהיה צורך בטיפולים נוספים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ועצירות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום עד כי התפתחות מורסה, ואפשרות ליצירת נצור (פיסטולה) שלעיתים תחייב ניתוח נוסף. כמו כן קיים סיכון של פגיעה בסוגרי פי הטבעת אשר עשויה להתבטא באי שליטה על פליטת גזים והכתמת התחתונים בריר/צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים. רוב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי חיזוק של שרירי פי הטבעת ורצפת האגן. במקרים נדירים יישאר נזק קבוע לסוגרים. אני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שיתגלו בבדיקה תחת הרדמה (בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הניתוח בשל הכאבים בפי הטבעת). לכן אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הובהר לי שהטיפול העיקרי מתבצע בהרדמה אזורית או כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידה ויוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו

באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול יהיה**

שם הרופא

תאריך	שעה	חתימת המטופל
--------------	------------	---------------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) **חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)**

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

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