



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת שד מלאה/חלקית עם/בלי כריתה של קשריות זקיף/קשריות בית השחי
LUMPECTOMY/MASTECTOMY

ניתוח לכריתת שד חלקית או מלאה מבוצע לצורך הסרת גידול מהשד. היקף הניתוח תלוי בגודל הגידול, מיקומו בשד ונתונים נוספים של המחלה.

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם משפחה **שם פרטי**

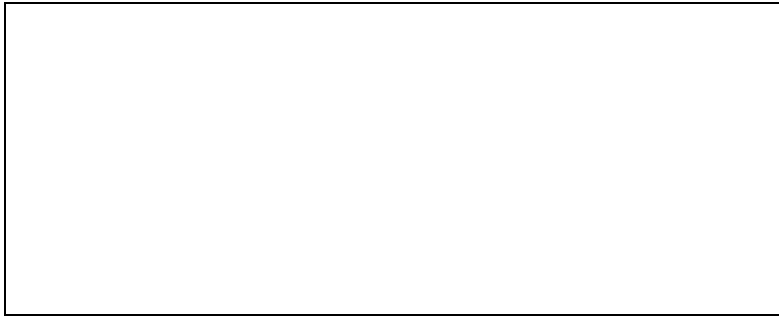
על ניתוח לכריתה **מלאה/ חלקית** * של השד **וביופסיה של קשריות הזקיף / כריתת קשריות בית השחי *שד ימין/שמאל** (*להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי **התוצאות המקוות ותופעות הלוואי לאחר הניתוח**, לרבות: כאב, אי נוחות, והגבלה בתנועה באזורים המנותחים שבדרך כלל חולפים עם הזמן.

כמו כן, הוסברו לי **הסיבוכים האפשריים לאחר הניתוח העיקרי**, לרבות: דימום, זיהום באזור/י הניתוח, אי הוצאת הממצא בשלמות וצורך בניתוח חוזר, הצטברות נוזל (סרומה) ועיוות בשד. במקרה של כריתת קשריות בית השחי הוסבר לי שסיבוכים אפשריים כוללים: פגיעה בעצבים או כלי דם, ואפשרות של פגיעה בניקוז הלימפטי של הזרוע שעשוי לגרום להתנפחות של הזרוע (לימפאדמה).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה 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 והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו

באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה**

שם הרופא/ה

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

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל 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
---------------------------	----------------------	-------------------