

**טופס הסכמה: דיקור ושאיבה של תאי זרע מאשך ו/או מיותרת האשך
ו/או להשגתם באמצעות ניתוח באשך**

**PUNCTURE AND ASPIRATION OF SPERM CELLS FROM
TESTICLE OR
TESTICULAR SAC AND/OR BY TESTICULAR SURGERY**

פעולות פולשניות לאיסוף זרע מבוצעות כאשר אין נוכחות של תאי זרע בזירמה. זרעונים ניתן להשיג על ידי דיקור ושאיבה ישירה מהאשך ו/או מיותרת האשך, או על ידי הוצאת דגימה מרקמת האשך. הפעולות מתבצעות בהרדמה מקומית או כללית.

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 הפעולה של דיקור ושאיבת תאי זרע מהאשך ו/או מיותרת האשך ו/או כריתה של מקטע של רקמת אשך (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שעל מנת להפיק תאי זרע יהיה צורך לעבור מפעולה אחת לאחרת מבין הפעולות המוזכרות, וכן שיהיה צורך ביותר מדיקור אחד, ו/או דיקור/ניתוח של שני האשכים..

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהשיטות הפולשניות לאיסוף תאי זרע הינן חדשות יחסית ושיעור ההריונות מתאי זרע שהופקו בדרך זו לא גדול. כשהבעיה נובעת מייצור מופחת של תאי זרע שיעור ההריונות הוא כ- 15%. במקרים בהם יצור תאי הזרע באשך תקין אך קיימת חסימה או ניוון של צינוריות הזרע שיעור ההריונות נע סביב כ- 30%.

כמו כן הוסבר לי שב- 40% - 50% מהגברים אשר אין בזירמתם נוכחות של תאי זרע, לא ימצאו כל תאי זרע גם ברקמת האשך שהוצאה בניתוח.

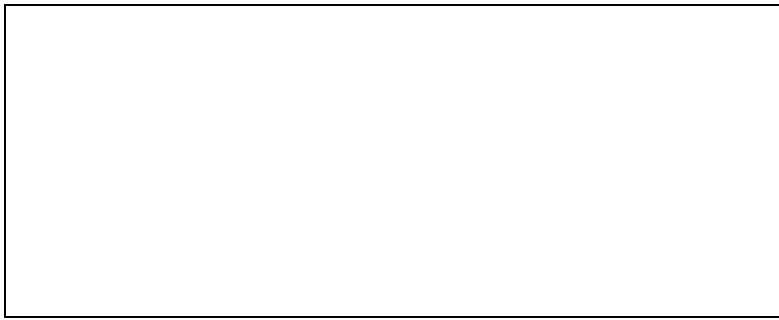
הוסבר לי כי קיימת אפשרות שגברים עם מיעוט קיצוני של זרעונים, הנזקקים לפעולות הפולשניות המוזכרות, עלולים להעביר את בעיית הפרייה בתורשה לבניהם. הוסבר לי שהזרעונים שימצאו כתוצאה מן הטיפול, אם ימצאו, ישמשו להפריית ביציות בת זוגי. עודפי רקמה או עודפי זרעונים, יוקפאו וישמשו לניסיונות הפרייה נוספים אם אזדקק לכך בעתיד.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על החלופות הטיפוליות ועל תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ויצירת נוגדנים נגד תאי הזרע.

הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים בטיפול העיקרי לרבות זיהום, דימום, נפיחות זמנית ו/או של שק האשכים שתגרום להפרעה בתפקוד היום יומי ולעיתים נדירות גם לניוון האשך/האשכים.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני,



לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. במידה ויוחלט על הרדמה כללית, יינתן הסבר על ידי מרדים.

אני יודע ומסכים לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה