

## טופס הסכמה: ניתוח לקשירת חצוצרות TUBAL LIGATION

קשירת חצוצרות מבוצעת כדי למנוע הריון בדרך של הפריה טבעית. הניתוח נעשה בשיטה לפרוסקופית (השיטה הסגורה), באמצעות החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן והחדרת גז CO2 לחלל הצפק. הפעולה מבוצעת בהרדמה כללית. קשירת חצוצרות יכולה להתבצע גם כפעולה נוספת במהלך ניתוח אחר הכרוך בפתיחת בטן.

שם האישה:

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 לקשירת חצוצרות לצורך עיקור (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שפעולת העיקור לא תצליח כלל או לא תפעל לטווח ארוך. שיעור הכישלונות המדווחים בשיטות הקשירה השונות נע בין אחד לחמישה מתוך אלף נשים. הוסברו לי החלופות למניעת הריון, האפשרויות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן. הובהר לי שאי הפוריות הנגרמת בעטיו של הניתוח היא לרוב בלתי הפיכה שכן, סיכויי ההצלחה של ניתוח ל"פתיחת" החצוצרות משתנים ואינם ודאיים.

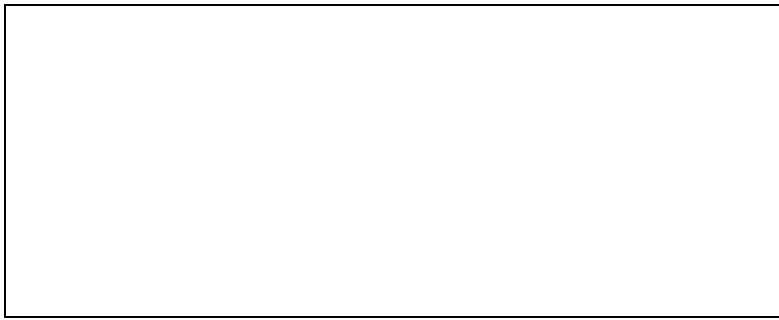
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי בשיטה הלפרוסקופית, לרבות כאב ואי נוחות באזור החתכים, וכאב באזור הכתפיים הנובע מגירוי הסרעפת כתוצאה מהאוויר שהוחדר לחלל הבטן, שיחלפו, בדרך כלל, תוך כמה ימים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים בשיטה הלפרוסקופית לרבות: זיהום, פגיעה באברי הבטן או בכלי דם גדולים, ו/או קושי טכני בביצוע הפעולה אשר יתכן ויצריכו מעבר ל"שיטה הפתוחה", דהיינו, פתיחת הבטן לצורך ביצוע פעולה מתקנת או השלמת פעולת הקשירה.

אני מצהיר/ה בזאת שלמיטב ידיעתי, איני/האישה אינה בהריון. 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 או מיד לאחריו, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



אני יודע ומסכים/ה לכך שהניתוח 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.

---

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה/לאפוסטרופוס של האישה\* 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
--------------------	---------------	------------