

# טופס הסכמה: ניתוח רזום - REZUM עקב הגדלה שפירה של הערמונית

## PROSTATECTOMY FOR BENIGN HYPERPLASIA

הפעולה מתבצע במקרים של ערמונית שפירה מוגדלת הגורמת להפרעות בהטלת שתן או במערכת השתן. ניתן לבצע את כריתת הערמונית במספר שיטות:

בגישה בטנית (השיטה הפתוחה - OPEN PROSTATECTOMY);

דרך השופכה (השיטה הסגורה TURP - TRANS URETHRAL RESECTION OF PROSTAE) או בשיטות אחרות.

ניתוחים דרך השופכה אפשריים באמצעות מקורות אנרגיה שונים. השיטה לבצוע הניתוח נתונה בהתאם לשיקול דעתו של המנתח.

מטרת ההליך הניקרא REZUM הוא להגדיל את מעבר השתן בערמונית ולהקל על הסימפטומים של החסימה, ללא פגיעה בזיקפה וללא השפעה כמעט על השפיכה.

ההליך נעשה ע"י החדרת אדי מים בכמות קטנה (כחצי סמ"ק) למספר אזורים לאורך החלק השפיר והמוגדל של הערמונית. ההחדרה נעשית ע"י מכשיר בדרך השופכה.

בסיום הפעולה משאירים קטטר ל 5-7 ימים. פרט לנוכחות קטטר אין מגבלות נוספות כגון חתך או חבישה. מספר שעות לאחר ההליך החולה משתחרר לביתו ויכול לשוב לשתות ולאכול.

### א) התועלות המיועדות של ההליך, שהן:

- שיפור בתסמיני הגדלת בלוטת הערמונית/שיפור איכות החיים
- הליך טיפול קצר, פחות סיבוכים לאחר ההליך
- אפשרויות טיפול חלופיות לטיפול תרופתי וכירורגי.
- הליך תופעות לוואי שליליות בהשוואה לגישה הסטנדרטית (כריתת הערמונית דרך השופכה/אידי הערמונית בלייזר).
- חזרה מהירה לשגרת הפעילות הרגילה

### ב) הסיכונים האפשריים הכרוכים בכך. הקרן תמיד מבטיחה כי הסיכונים יהיו מינימאליים. אך כל

ההליכים הרפואיים כרוכים בסיכון מסוים, ואני הצגתי למטה מספר סיכונים משמעותיים, בלתי נמנעים או העלולים להופיע לעתים תכופות, לרבות סיכונים הספציפיים למטופל.

- סיכון לדימום
- כאב ואי נוחות במהלך ולאחר ההליך
- תסמיני שלפוחית שתן רגיזה ולאחר ההליך
- נזק לשלפוחית השתן
- הצטלקות של השופכה או צוואר שלפוחית השתן
- סיכון קטן לנזק לפליטת זרע ו/או נקיטת שתן

בנוסף לכך קיימים סיכונים כלליים הקשורים להרדמה (ראה עלון מידע למטופל לפרטים נוספים)

### ג) טיפולים חלופיים (לרבות אי טיפול), וכל החששות הספציפיים של המטופל:

החלופות לרזום:

- אידי הערמונית בלייזר אור ירוק/כריתת הערמונית דרך השופכה
- Urolift® או הליכים זעיר פולשניים אחרים.
- תרופות מרשם
- מעקב בלבד



שם החולה :

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

על הצורך בביצוע פעולה REZUM אחר, פרט :

ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, דימום, וצריבה לאורך השופכה.

הוסברו לי התופעות העלולות להופיע לאחר הוצאת הצנתר מכיס השתן הכוללות: תכיפות וצריבה במתן שתן וקושי במתן שתן עד לעצירה מוחלטת שתחייב החדרת צנתר לפרק זמן נוסף.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: דמם שלעיתים יצריך טיפול כירורגי; זיהום בדרכי השתן ו/או באשכים; איבוד שתן במאמץ בדרגות שונות ועד להופעתה, לעיתים רחוקות, של אי שליטה מוחלטת במתן שתן, ואיבוד יכולת הזיקפה. הסיבוכים המאוחרים האפשריים: היצרות של צוואר כיס השתן או השפכה שיצריכו ניתוח או ביצוע הרחבות לתיקון ההיצרות.

אני נותן/ת זוה 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 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 במלואן, אך משמעותם הובהרה לי לרבות, מעבר משיטה סגורה לפתוחה. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת, מאשר/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה שלפסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת/י כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
* מחק את המיותר		

