



מדבקת המטופל

כמו כן, הוסברו לי החלופות הקיימות לטיפול העיקרי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הבדיקה, לרבות: כאב ואי נוחות, כאבים ממושכים באזור פי הטבעת, צריבה במתן השתן ודמם נמשך מפי הטבעת או בשתן. בימים שלאחר הבדיקה עלול להופיע דם בנוזל השפיקה. תופעה זו איננה מדאיגה ונפסקת מאליה ללא טיפול.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות זיהום בדרכי השתן ובערמונית העלול לגרום לצורך באשפוז בבית חולים לשם טיפול, דמם נמשך מפי הטבעת או בשתן העלול בחלק מהמקרים לגרום בצורך באשפוז להשגחה. לעיתים רחוקות יצריך הדמם עירווי דם או ניתוח לעצירת הדמם. בעקבות הביופסיה עלולה להיגרם עצירת שתן ואי יכולת להשתין עצמונית- מצב שיצריך ניקוז השלפוחית באמצעות צנתר, לתקופה מסוימת. לעיתים נדירות תיגרם פגיעה באיברים סמוכים שתצריך טיפול ניתוחי.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך האבחון העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הפעולה העיקרית.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע ומסכים לכך שהבדיקה וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

חתימת המטופל

שעה

תאריך

חתימת אפוטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת