

טופס הסכמה: טיפול בסדק בפי הטבעת

REPAIR OF ANAL FISSURE

מטרת הטיפול היא להקטין את עוצמת הכיווץ של סוגרי פי הטבעת על מנת להקל על הכאבים ולאפשר רפוי הסדק / פצע ברירית פי הטבעת. ניתן להקטין את עוצמת הכיווץ בשתי דרכים: האחת, הרחבה ידנית של שריר סוגר פי הטבעת והשניה חיתוך (בניתוח) של שריר הסוגר הפנימי. ההחלטה על דרך הטיפול נעשית על פי שיקול דעת רפואי ובהתאם לממצאים. הטיפול מתבצע, בדרך כלל, בהרדמה כללית או אזורית ולעיתים בהרדמה מקומית.

שם החולה	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	
על ניתוח/טיפול בסדק בפי הטבעת ANAL DILATATION /LATERAL SPHINCTEROTOMY / אחר* פרט: (להלן: "הטיפול העיקרי").			

הוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרון, חסרונן והתאמתן למצבי. כמו כן הובהר לי שאין בטחון מוחלט שהטיפול העיקרי יפתור את הבעיה, ולעיתים יהיה צורך בטיפולים נוסף/ים. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי הצפויות לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ועצירות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום עד כי התפתחות מורסה, ואפשרות ליצירת נצור (פיסטולה) שלעיתים תחייב ניתוח נוסף. כמו כן קיים סיכון של פגיעה בסוגרי פי הטבעת אשר עשויה להתבטא באי שליטה על פליטת גזים והתמתת התחתונים בריר / צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים. רוב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי חיזוק של שרירי פי הטבעת ורצפת האגן. במקרים נדירים יישאר נזק קבוע לסוגרים. אני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין /ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שונות מהמתוכנן שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שי תגלו בבדיקה תחת הרדמה (בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הניתוח בשל הכאבים בפי הטבעת). לכן אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הובהר לי שהטיפול העיקרי מתבצע בהרדמה אזורית או כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, במידה ויוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול 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 הטיפול העיקרי יהיה **

שם הרופא	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת רופא/ה	מס' רשיון

*מחק/י את המיותר ** מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

