



שם המוסד הרפואי / לוגו

mdbkth.mtovfl

גרסה 16/80

טופס הסכמה ל

## כריית גידול מכיס השתן Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor

הניתוח מבוצע בחולים בהם נדרש כריית גידול שזורה בכיס השתן לצורך קביעת אבחנה וטיפול. כמו כן, בחולים בהם נדרשת נטילת דגימה מרירית כיס השתן (ביופסיה) במקרים של חשד לתהיליך ממאייר בדופן כיס השתן וכן, לצורך נטילת דגימה מרירית כיס השתן לשם ביקורת לאחר כריית גידול. הפעולה המקדים אותה היא ציסטוסקופיה בה מוחדר לכיס השtan, דרך השופכה, מכים שבטוכו מערכת אופטית המאפשרת את סקירת כיס השtan והשופכה וזרכו ניתן להעביר את המיכשור לצורך כריית רקמה וצריבת מקום הكريיתו למניעת דימום.

ציסטוסקופיה מאפשרת ביצוע פועלות נוספות בכיס השtan כמו הוצאה אבניים, קרייש דם גדולים וגם צינור השופכנים למטרות שונות. פועלות אלה אפשריות לביצוע באמצעות מכוורות אנרגיה שונים. הטכניקה ובחרית מדור ארגונית לביצוע ניתונה לשיקול דעתו של המנתח. לאחר הניתוח, בדרך כלל, יושאר צנתר בכיס השtan לצורך ניקוז שלפוחית השtan וטיפפה של קריישי דם מאזור הניתוח.

צורת ההרדמה המלאה ניתוח זה: (הקף בעיגול את המתאים)

**לא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**

**שם החולים:**

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلت הסביר מפורט בעלפה מדייר:

שם פרטי

שם משפחה

על הצורך ביצוע הפעולה של נטילת דגימה מרירית כיס השtan ו/או כריית גידול מכיס השtan - Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor. (להלן: הניתוח העיקרי)

כמו כן, הסבירו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצב (לפי החלטת הרופא המפנה לבדיקה), אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הסבירו לי תופעות הלואין לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות וכן, דימום בהשתנה וצריבה לאורך השופכה. הסבירו לי כי התופעות עלולות להופיע גם לאחר



שם המוסד הרפואי / לוגו

## MDBKT HMTOPFL

הוצאת הצנתר מכיס השתן וכוללות: תכיפות בהשתנה, שタン דמי וצריבה במתן שタン וכי תופעות אלה הן זמניות וברוב המקרים חולפות תוך מספר ימים, כן הסביר לי כי תפקן עצירה מוחלטת של השtan, לאחר הוצאת הצנתר, אשר תחייב החדרת צנתר לפרק זמן נוסף עד לגמילה ממנו.

כמו כן, הסבירו לי סיכונים וסיבוכים אפשריים לרבות התפתחות של דלקת בדרכי השtan ו/או בדרכי המין, מלולה בחום, צרמורת ודימום שיצרו הארכת אישפו או אישפו מחדש, התנקבות (perforation) של דופן כיס השtan שעלולה לגרום התערבות פתוחה בהמשכו של הנitionה העיקרי. סיבוכים נוספים אפשריים כוללים פגיעה והופעת היצרות של פית שופכן, במקרה שהגידול נמצא בקרבתו או הופעת היצרות של השופכה. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הסביר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שבמהלך הנitionה העיקרי יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות כגון: כריתת רקמת ערמוני, צנתור השופכנים, צילום של מערכת השtan, השארת צנתרים פנימיים בשופכנים והרחבת השופכה במרקם של היצרות, ואני מסכים/ה לביצוע פעולות טיפוליות נוספות כנדרש.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הסביר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתזוך מהלך הנitionה העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנוקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך חילת חיים. מניעת נזק גופני לרבות טיפוליות נוספות שלא ניתן לצפות מראש, אך משמעותן הסבירו לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאוთה הרחבה שנייה או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהו חינויים או דרושים במהלך הנitionה העיקרי.

הסביר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדים **כללית** / **אזורית** / **חסימה עצבית** ההסביר על ההרדים יינתן לי על ידי מרדים. (נא הקף בעיגול)

אם הנitionה יבוצע בהרדים מקומיים, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומר הרגעה לאחר שהסבירו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעולות לגורום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולהפרעות בפעולות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידעו לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לחתת חלק סטודנטים בפיקוח ובଘשחה מלאים.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהנitionה/פעולה עיקרי וכל הליך אחר יישׂו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנסיבות ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי شيء, כולל או חלקם, בידי אדם מסוים ובבבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

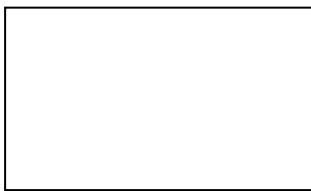
אני נותנת/ בזאת את הסכמתי לביצוע הנitionה העיקרי.

חתימת המטופל

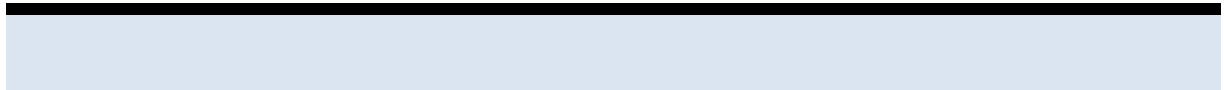
שעה

תאריך





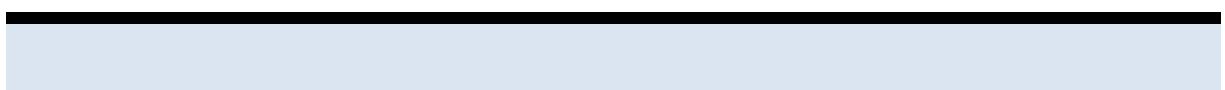
mdbkth.mtovfl



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

שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה **לחולה** / **לאפוטרופוס** / **למתרגם של החולה** את כל האמור לעיל בפיירות הדרוש וכי הוא/هيा חתום/ה על הסכמתה לפני ששוכנעתי כי הבינה את הסבירי במלואם.



תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)



קשריו לחולה

שם המתרגם/ת



עמוק 3 מתקן 3

