

טופס הסכמה: טיפול כסדק כפי הטבעת

REPAIR OF ANAL FISSURE

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

שם החולה	שם משפחה	שם פרטי	שם חאב
ת.ז.			

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

חוסברו לי החלופות הטיפוליות יתרונן, חסרונן והחאתמן 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, חוסברו 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 פליטה גזים והכתמת התחתונים בריר / צואה, ועד לאי שליטה מלאה על הצרכים. דב התופעות עשויות לחלוף תוך חודשים באופן ספונטני או לאחר ביצוע תרגילי כיווץ 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 חוסבר לי ואני מבין/ת שקיימת אפשרות שתוך מחלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בפעולות כירורגיות נוספות, או שינוי מהותי כעת בודאות או במלואם וזאת, בין היתר, על סמך ממצאים שיתגלו בבדיקה תחת הדמיה (בעיקר כאשר לא היה ניתן לבצע בדיקה מתאימה לפני הניתוח בשל הכאבים כפי הטבעת). לכן אני מסכים/ת גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע חליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במחלך הטיפול העיקרי. הובהר לי שהטיפול העיקרי מתבצע בהרדמה אזורית או כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הדמיה מקומית, במידה ויחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של ההדמיה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. אני יודע/ת ומסכים/ת לכן שהטיפול העיקרי וכל החליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בחתום לנחלים ולחוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקבלת במוסד בפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול העיקרי יהיה **

שם הרופא	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
_____	_____	

אני מאשר/ת כי הסכמתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפידט הדרוש וכי הוא/חיא החם/ת על הסכמה כפי לאחר ששוכנעתי כי הכין/ת את הסברי במלואם.

שם הרופא/ת	חתימת רופא/ת	מס' רשיון
_____	_____	_____

*מחקי את חמיתר ** מלאי במקרה של חולה פרטי