

הנדון: טופס הסכמה לתיקון מיקרוכירורגי של וריקוצלה

שם המשפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה
מספר תעודת זהות/ דרכון	כתובת	טלפון	טלפון נייד
לאחר שקבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם פרטי ושם משפחה			
על הצורך בביצוע ניתוח: Bil. Microsurgical Varicocelectomy			

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, ובכללם סיכון לחזרה, הידרוצלה (נוזלים מסביב לאשך), פגיעה בעצבים (כגון זו הגורמת כאבים, רגישות-יתר, תחושה מופחתת בשק האשכים ו/או בחלק הפנימי של הירך), פגיעה בכלי דם ודימום ו/או יצירת המטומה, פגיעה או חסימה של צינורית הזרע, פגיעה באשך וניוונו, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים (להלן הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו-כן, לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט

אין (נא לציין פרטים, ואם אין – נא לציין "אין")

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק,

וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר* שי שפי

שם הרופא/ה המנתח/ת

תאריך	שעה	X
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימה
(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.

חידוש חתימה:

תאריך	שעה	X
חתימה		

מס' רישיון

שם הרופא, חתימה וחותמת