

## טופס הסכמה: ניתוח לכריתת חצוצרות TUBAL LIGATION

מדבקה

קשירת חצוצרות הוא ניתוח המבוצע כדי למנוע הריון בדרך של הפריה טבעית. הניתוח יכול להתבצע בשתי שיטות:  
א. **בלפרוסקופיה** (השיטה הסגורה) - בניתוח זה, המתבצע בהרדמה כללית, מוחדרים לחלל הבטן דרך 3 חתכים קטנים מכשירים שבעזרתם כורתים את שתי החצוצרות.

ב. **בפתיחת בטן** (השיטה הפתוחה) - ניתוח זה מתבצע בדרך כלל כפעולה נוספת במהלך ניתוח אחר הכרוך בפתיחת בטן כגון ניתוח קיסרי. בשיטה זו כורתים את שתי החצוצרות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי

שם משפחה

על ניתוח לכריתת חצוצרות לצורך עיקור (להלן: הניתוח העיקרי) באבחנה של:

הוסבר לי כי קיימת אפשרות שפעולת העיקור לא תצליח כלל או לא תפעל לטווח ארוך. שיעור הכישלונות המדווחים בשיטות הכריתת השונות נע בין אחד לחמישה מתוך אלף נשים.

הוסברו לי החלופות למניעת הריון, האפשרויות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן. הובהר לי שאי הפוריות הנגרמת בעטיו של הניתוח היא לרוב בלתי הפיכה שכן, סיכויי ההצלחה של ניתוח "פתיחת" החצוצרות משתנים ואינם ודאיים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי בשיטה הלפרוסקופית, לרבות כאב ואי נוחות באזור החתכים, וכאב באזור הכתפיים הנובע מגירוי הסרעפת כתוצאה מהאוויר שהוחדר לחלל הבטן, שיחלפו, בדרך כלל, תוך כמה ימים. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים בשיטה הלפרוסקופית לרבות: זיהום, פגיעה באברי הבטן או בכלי דם גדולים, ו/או קושי טכני בביצוע הפעולה אשר יתכן ויצריכו מעבר ל"שיטה הפתוחה", דהיינו, פתיחת הבטן לצורך ביצוע פעולה מתקנת או השלמת פעולת הקשירה. אני מצהירה בזאת שלמיטב ידיעתי, איני/האשה אינה בהריון\*.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה/גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח 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.

חתימת המטופלת

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת/לאפוסטרופוס של המטופלת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\* מחק/י את המיותר