



חוזר המנהל הכללי

ד' בתשרי התשנ"ח (5.10.97)

תאריך

13/97

מס

טפסי הסכמה מדעת

נושא:

חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996, פרק ד' סעיפים 13-15, קבע הוראות בנוגע להסכמה מדעת לטיפול רפואי.

בפרק ט' שונות בתוספות (סעיפים 14, 15) נקבעו ששה תחומים המחייבים טפסי הסכמה מדעת, רצ"ב הטפסים המתאימים.

טפסי הסכמה נוספים לפרוצדורות שאינן מנויות בתוספת שלעיל והן בבחינת טופס הסכמה מומלץ, מצורפים בזה והמעוניינים יכולים להשתמש בהם.

תוקף ביצוע האמור מיידי.

בכבוד רב,

פרופ' גבי ברבש
המנהל הכללי

העתק: מר י. מצא, שר הבריאות

2307/97/ל



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 2126/97

טופס הסכמה: טיפול קרינתי RADIOOTHERAPY

שם החולה _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה _____

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול קרינתי (להלן: "הטיפול"). שם פרטי _____

הוסבר לי כי מטרת הטיפול לפגוע בתאים הגידוליים ולהרסם. הטיפול הקרינתי נועד לטפל במחלה או למנוע הישנותה. הוסבר לי כי טיפול קרינתי יכול לפגוע בכל איבר הנמצא בשדה הקרינה. תכנון הטיפול הקרינתי מתבצע כדי לנסות ולהקטין, לצמצם או למנוע נזק אפשרי לאיבר בריא הנמצא בשטח המוקרן. תכנון הטיפול כולל סימולציה ואמצעי הדמיה נוספים כגון CT ו-MRI והזרקה תוך ורידית של חומר ניגוד בהתאם לצורך, ועל כן עלי להודיע לרופא/ה המטפל/ת ורופא/ה הרנטגן קודם לביצוע הבדיקה עם חומר ניגוד במידה וקיימת אצלי רגישות ליוד. תכנון הטיפול כולל גם סימון שדה הקרינה על פני העור באמצעות קעקוע או סימנים אחרים העשויים להשאר לצמיתות. יתכן צורך במתן הרדמה או טשטוש וביצוע צילומים לצורך זיהוי המטופל ולתיעוד שדות הקרינה. משך הטיפול יקבע על-פי תגובת החולה. הוסבר לי שעל-פי הידוע כיום, לטיפול קרינתי יש מספר תופעות לוואי אפשריות שחלקן עשוי להופיע חודשים ושנים לאחר מתן הטיפול:

1. הקרינה יכולה לגרום לאודם, צריבה וגרד ועד להתכייבות באזור המוקרן. בשלב מאוחר יכולה להופיע התעבות העור והצטלקות, כלי דם מורחבים, שינוי בצבע העור וכיבים כרוניים.

2. הקרינה גורמת לנשירת שיער בשדה המוקרן שיכולה להיות זמנית או קבועה.

3. יתכנו תופעות של חוסר תיאבון, בחילה והקאות, המלוות בחולשה וירידה במשקל. תופעות אלה הפיכות בדרך כלל.

4. לעיתים רחוקות עלולות להיפגע הכדוריות האדומות, הלבנות ו/או טסיות הדם ומספרן יורד זמנית. ירידה במספר הכדוריות האדומות ניתנת לתיקון ע"י מתן מנות דם ו/או אמצעים תרופתיים. ירידה במספר הכדוריות הלבנות יכולה לגרום לירידה בתינגודת הגוף ולהופעת זיהומים. עליית חום עשויה להיות ביטוי לזיהום. ברור לי שעלי להודיע באופן מיידי לצוות המטפל או לפנות לחדר מיון בכל מקרה של עליית חום של 38 מעלות ומעלה. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה, לרוב, מתן טיפול אנטיביוטי בבית או באשפוז. לעיתים משתמשים בתרופות להעלאת מספר הכדוריות הלבנות. ירידה במספר הטסיות יכולה לגרום, במקרים קיצוניים, לדימום המתבטא בצורות שונות ביניהן הופעת שתן אדום או נקודות וכתמים על פני העור. כל דימום מחייב פניה מיידית למטפל.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

5. במקרה של אשה בהריון, יתכן נזק לעובר.

6. כמו כן הובהר לי כי:
- א. בהתאם לאזור המוקרן יתכנו תופעות לוואי מיוחדות שלא נזכרו לעיל כגון, נזק לריאות, נזק לקיבה, נזק למעיים, נזק לכליות, נזק לכבד, נזק לעמוד השדרה, נזק לכיס השתן, נזק לפי הטבעת, פגיעה בעצבים ונזק לפוריות. בילדים - תיתכן פגיעה בגדילה ובהתפתחות. הוסבר לי כי אקבל מידע מפורט יותר בהתאם לאזור המוקרן.
 - ב. במקרה שמיפרק או פרקים מצויים בשדה המוקרן, תיתכן פגיעה שתגרום לנוקשות הפרק, לכאבים ולדלקת שיביאו להגבלה בתנועה.
 - ג. במקרה שעצם או עצמות מצויים בשדה המוקרן, תיתכן פגיעה שתגרום לשבר.
 - ד. קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שניה באזור הקרינה, בעיקר בילדים.
 - ה. לעיתים יחייב הטיפול בתופעות הלוואי אשפוז בבית החולים.
 - ו. לעיתים רחוקות תופעות הלוואי יכולות להיות קשות במיוחד ואפילו להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

*מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 4871/96

טופס הסכמה: טיפול בהמודיאליזה (HEMODIALYSIS)

הוכן בשיתוף פעולה עם האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם
בהסתדרות הרפואית

דיאליזה הינה טיפול חלופי לפעילותן הטבעית של הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות מתקדמת. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה. מכונת הדיאליזה מסננת ומנקה את הגוף מחומרי פסולת, במקום הכליות. לצורך חיבור החולה למכונת דיאליזה יש להכין בניתוח חיבור בין עורק לוריד באחת הגפיים (דלף, SHUNT). במקרים מסויימים, בהעדר דלף כזה, מוחדר צנתר זמני לאחד מורידי הגוף. החדרת המחט לדלף או לוריד עלולה להכאיב וניתן לבצעה תחת הרדמה מקומית. כהשלמה לדיאליזה נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסוימות, ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל. הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, ביחידת דיאליזה בבית חולים או בקהילה. משך הטיפול מספר שעות ולאחר מנוחה יכול המטופל בדרך כלל לשוב לענייניו.

שם החולה

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה ופרטי

על הצורך בטיפול בהמודיאליזה. הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים הנדרש. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול, לרבות חולשה, אי נוחות וכאב בעת החדרת המחט לדלף או לוריד.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הטיפול: זיהום במקום הדלף או זיהום כללי (אלח דם), הפרעות לבביות, ירידה בלחץ דם, דימום כתוצאה מנטילת תרופות נוגדות קרישה, חוסר דם (אנמיה) כתוצאה מנטילת דגימות דם מרובות ואיבוד דם בעת הפעולה, הפרעות במערכת העיכול, מחלת עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתיידות העורקים), מחלות הקשורות במערכת העצבים, תסחיף אויר העלול לגרום (במקרים נדירים) לשיתוק ואף למוות ושקיעת עמילואיד באברים שונים.

אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על דרכי הטיפול החלופיות להמודיאליזה, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בהמודיאליזה.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לניתוח דלף (SHUNT) בהרדמה מקומית ובמידת הצורך בהרדמה כללית. הוסברו לי הסיכונים האפשריים בהרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ופגיעה עצבית. הוסברו לי הסיכונים האפשריים במקרה של צורך בהרדמה כללית לרבות נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול כתוצאה מהאינטובציה, ותגובה אלרגית לחומרי ההרדמה העלולה לעיתים נדירות ביותר, להסתיים אפילו במוות.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

הוסבר לי שהחדרת צנתר זמני, בהעדר דלף (SHUNT), כרוכה בכאב ועלולה להסתבך בזיהום מקומי קל עד חמור. דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם גדול עלול להצריך ניתוח לתיקון הנזק, אם הצנתר מוחדר לוריד התת בריחי, יש סכנה של חזה אויר שיצריך החדרת נקז לבית החזה.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל טיפולי הדיאליזה ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים/יחידה בקהילה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה	שם האפוסטרופוס (קירבה)
-------	-----	-------------	------------------------

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס 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	חתימה	מס' רשיון
----------	-------	-----------

* מלא במקרה של חולה פרטי

** מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 4870/96

טופס הסכמה: טיפול בדיאליזה ציפקית (PERITONEAL DIALYSIS)
הוכן בשיתוף פעולה עם האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם
בהסתדרות הרפואית

דיאליזה הינה טיפול חלופי לפעילות הכליות ומיועדת לאנשים הסובלים מאי ספיקת כליות. הטיפול חיוני לשמירת החיים, אך אינו מביא להבראה. הטיפול מתבצע ע"י החדרת נוזלים לחלל הצפק (פריטוניאום) בבטן באמצעות צנתר. הצנתר מוחדר לחלל הבטן בהרדמה כללית או מקומית. כחלק מהטיפול בדיאליזה ציפקית נדרשת שמירה קפדנית על דיאטה מיוחדת, נטילת תרופות מסויימות, ביקורת תקופתית ואורח חיים בהתאם להנחיות הצוות המטפל. הטיפול מתבצע מספר פעמים בשבוע, בהתאם למצב החולה, במסגרת טיפולית או בבית. כל טיפול נמשך מספר שעות ולאחר מנוחה קצרה יכול המטופל לשוב לעיסוקיו.

שם החולה _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בטיפול בדיאליזה ציפקית.

הוסבר לי תהליך הטיפול ואורח החיים המתחייב ממנו. הוסברו לי התופעות הכרוכות בטיפול לרבות חולשה, אי נוחות וכאב בטן. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול: דימום, התקשות הצפק, פגיעה באברים פנימיים, זיהום בתעלה התת עורית מסביב לצנתר, זיהום בצפק עד אלח דם, הפרעה במשק הפחמימות והאלקטרוליטים בגוף, הפרעות לבביות, הפרעות במערכת העיכול, הפרעות במערכת העצבים ההיקפית והמרכזית, מחלות עצמות, החשת תהליך אטרוסקלרוטי (הסתיידות העורקים), דלקת ריאות, נוזל בחלל הריאה, אי ספיקת לב ובצקת ריאות.

אני מצהיר/ה שקיבלתי הסבר גם על הטיפולים החלופיים האפשריים בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה, ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בדיאליזה ציפקית.



המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהחדרת הצנתר וכל טיפולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

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

שם הרופא	חתימה	מס' רשיון
----------	-------	-----------

*** מלא במקרה של חולה פרטי; ** מחק את המיותר**



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 4852/96

טופס הסכמה לטיפולי הפרייה חוץ גופית (IVF)

הוכן בשיתוף פעולה עם האגוד הישראלית למיילדות וגניקולוגיה
ההסתדרות הרפואית לישראל

1. כללי:

הפרייה חוץ גופית נעשית במקרים בהם קיים ליקוי בפוריות שסיבותיו האפשריות:
חסימה או פגיעה בתפקוד החצוצרות;
הפרעות ביוץ;
ליקויים בזרע;
בעיות אימונולוגיות;
אי פוריות על רקע לא מוסבר;
סיבות אחרות;
בבסיס הטיפול, שאיבת ביציות משחלות האשה והפריית הביציות בזרע בן הזוג.
הביציות המופרות נשמרות באינקובטור במשך 1-3 יממות ולאחר מכן מוחזרות לרחם האשה או לחצוצרה/ות.

סיכויי ההצלחה:

סיכויי הצלחת הטיפול משתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, בפתולוגיות נילוות ברחם, בחצוצרות, בשחלות או באגן, באיכות הזרע ובגורמים נוספים. לא ניתן לחשב את הסיכוי המדויק להריון לכל מקרה, אלא את טווח הסיכויים. לא ניתן להבטיח או לדעת מראש שהפרייתן של ביציות האשה תצליח, וכי כתוצאה מכך יוולד ילד. סיכויי ההצלחה להריון במחזור טיפולי אחד נעים בין 10%-25%.
בהפרייה חוץ גופית תתכן לידה של ילד או ילדים במצב בריאותי, פיזי או נפשי, בלתי תקין לרבות בעלי מום או בלתי נורמליים, וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטיה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהפרייה טבעית רגילה.

2. טיפול הורמונלי:

קיים קשר בין מספר העוברים המוחזרים לרחם וסיכויי ההצלחה. לפיכך אחת ממטרות הטיפול הינה להשיג מספר רב של ביציות.
במחזור טיבעי מבשיל על פי רוב זקיק בודד. השימוש בתרופות מאפשר גיוס מספר רב של זקיקים ומגדיל את הסיכוי לשאוב יותר ביציות. בכך גדל הסיכוי להשיג יותר עוברים להחזרה. חלק מן התרופות משמשות לגירוי השחלה חלקן ניתנות לאיזון של הורמונים שונים ואחרות לדיכוי הציר יתרת המח - שחלה ובכך מושגת יעילות יתר בטיפול.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

סיכוני הטיפול ההורמונלי:

הטיפול ההורמונלי גורם לעיתים קרובות לגירוי יתר שחלתי. גירוי היתר הוא על פי רוב קל ומתבטא בתפוחות הבטן, כאבי בטן, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות כ-3-4 שבועות אחרי שאיבת הביציות, אך אם הושג הריון, התופעות עלולות להימשך זמן רב יותר. כטיפול מספיקה מנוחה ושתייה מרובה ולרוב לא נדרש אשפוז.

גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר. גירוי בינוני כולל בנוסף לנ"ל גם בחילות, שילשולים וריכוז יתר של הדם. בגירוי קשה (0.5%-5%) קיים סיכון לתפליטים בריאות וכן לתסחיפים. סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב ו/או כליות. דווחו אף מקרים בודדים של צורך בקטיעת גפיים ואף מוות.

יש לציין סיכון נדיר נוסף לתסביב (שזור), קרע או דימום מהשחלה. סיבוכ זה מחייב התערבות כירורגית (פתיחת בטן או לפרוסקופיה) לשם התרת התסביב. לעיתים נדירות דווחו אף על צורך בכריתת השחלות.

לאחרונה הופיעו בספרות הרפואית דיווחים בודדים שבזדקים את האפשרות של עליה בשכיחות סרטן השחלות, לאחר טיפול בגורמי ביוץ. דיווחים אלו לא אושרו במחקרים נוספים ומוזכרים פה למען הזהירות, וזאת מכיוון שהמידע עדיין מצטבר ומסקנותיו יוודעו רק בעוד שנים.

במקרים בהם הטיפול יכלול דיכוי מוקדם של השחלות עלולות להופיע תופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר. כמו כן עלולות להתפתח ציסטות שחלתיות שיהיה צורך בשאיבתם ו/או בהפסקת הטיפול. רגישות לתכשירים ההורמונליים נדירה.

דיווח מוקדם למפטל על תופעות חריגות יקל באבחון ובטיפול מוקדם.

3. בדיקות מעבדה ואולטראסאונד:

לפני תחילת הטיפול, בנוסף לבדיקות המקובלות, ידרשו בני הזוג לבצע בדיקות ל-HIV ולצהבת B ו-C. האמצעים לניטור ומעקב אחרי התפתחות הזקיקים (הביציות) בשחלות הם בדיקות דם הורמונליות ו/או אולטראסאונד וגינלי.

4. שאיבת הביציות והפרייתן:

השאיבה תבוצע על פי רוב בהרדמה מקומית או כללית. בדרך כלל הפעולה נעשית בגישה נרתיקית בהנחיית אולטראסאונד ולעיתים נדירות בגישה בטנית. במקרים נדירים נעשית הפעולה באמצעות לפרוסקופיה. הפרייה מתרחשת לאחר הדגרת הביצית עם זרעונים בתנאי מעבדה מיוחדים.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

המנהל הכללי
Director General

- 3 -

סיכוני שאיבת ביציות:

פעולת שאיבת הביציות כרוכה באי נוחות עד כאב, ולאחריה תדרש מנוחה של מספר שעות. הסיכונים העיקריים הנובעים מהחדרת מחט לשחלה הינם זיהום ודימום. זיהום באגן הינו נדיר וחולף בדרך כלל על ידי טיפול אנטיביוטי. לעיתים נדרש ניתוח לניקוז מורסה או להרחקת חצוצרות או שחלות פגועות. זיהום מקטין את הסיכוי להיריון. לעיתים נדירות עלול מצב זיהומי להסתבך עד כדי כריתת רחם. דימום קל מתרחש כמעט בכל דיקור שחלתי. לעיתים רחוקות הדימום רב יותר ומחייב מתן דם, פעולות לעצירת הדימום, כריתת שחלות ורחם. נזק למעי הינו נדיר אך אפשרי.

5. מיקרומניפולציה:

מיקרומניפולציה הינה פעולה מעבדתית הנעשית על מנת להשיג את המטרות הבאות:

5.1 הפריה
הפעולה מתבצעת במקרים בהם הזרע באיכות נמוכה שאינה מאפשרת הפריה רגילה, וכן במקרים בהם בעבר לא היו הפריות כלל או שהיה בהן אחוז הפרייה נמוך, או שההפרייה היתה לקויה.
הטכניקה מכונה (INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION), ובה מוזרק זרעון בודד לתוך הביצית תוך שימוש במחטים מיקרוסקופיות.

5.2 הגברת סיכויי ההנצה (HATCHING ASSISTED)
הטכניקה מכונה (ASSISTED ZONA HATCHING), AZH, שמשמעותה, טיפול במעטפת העובר לשיפור ההשרשה.
השיטה נועדה לפתוח "חלון" או לדקק את מעטפת העובר בשיטות מכניות, כימיות או בקרן לייזר.

סיכוני שימוש בטכניקות מיקרומניפולציה:

טכניקות אלו מוגדרות עדיין כנסיוניות. המעקב עד היום אינו מעיד על עליה משמעותית בסיכון ללילודים. הסיכונים, אם אכן קיימים, יוודעו רק בעתיד.
באשר ל-ICSI יתכן שהטכניקה מעלה את ההסתברות להפרעה גנטית, אף אם במעט. גברים עם מיעוט זרעונים קיצוני עלולים להעביר תכונה זו בתורשה לבניהם.

6. אינקובציה:

הביציות ואח"כ העוברים נשמרים 1-3 יממות במעבדה באינקובאטור במטרה לשמור על תנאי התפתחות אופטימליים של העובר.

7. החזרת הביציות המופרות (העוברים):

ההחזרה יכולה להעשות באחת מהדרכים הבאות:



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 4 -

7.1 החזרה ישירות לרחם ((E.T - EMBRYO TRANSFER)
העוברים מוטענים לצינורית פלסטית ומוחזרים לחלל הרחם דרך צואר הרחם
כעבור 2-3 ימים ממועד ההפרייה. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

7.2 החזרה לחצוצרות (TUBAL TRANSFER)
תנאי מוקדם להחזרה לחצוצרה הוא מצב תקין של החצוצרות, לכן טכניקות אלו
אפשריות רק במקרים שלא קיימת עקרות חצוצרתית מכנית.

באופן טבעי ההפרייה והתפתחות העוברים ב- 3-4 הימים הראשונים נעשית
בחצוצרה. ישנה סברה שאם הביציות ותנאי הזרע או המופרות יוחזרו
לחצוצרה, תוך שימוש בסביבה הטבעית, יש אפשרות להגדיל את סיכויי
ההצלחה. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

ניתן להחזיר לחצוצרה:

7.2.1 את הביציות ותאי הזרע ביום השאיבה. הפעולה מכונה: GIFT
(GAMET INTRAFALLOPIAN TRANSFER)

7.2.2 את הביציות המופרות למחרת השאיבה. הביצית המופרת מכונה בשלב זה
זיגוטה ולכן הטכניקה מכונה ZIFT
(ZYGOTE INTRAFALLOPIAN TRANSFER).

7.2.3 את הביציות המופרות בשלבים מאוחרים יותר של התפתחות העובר
(אמבריו), הטכניקה מכונה T.E.T (TUBAL EMBRYO TRANSFER). ניתן
להחזיר את העובר לפתח לפתח הבטני של החצוצרה בפרוסקופיה, או
לפתח הרחמי של החצוצרה דרך צואר הרחם T.C.T.E.T
(TRANSE CERVICAL TUBAL EMBRYO TRANSFER).

סיכוני החזרת הביציות המופרות (עוברים):

החזרת עוברים לרחם הינה פעולה קלה יחסית הנעשית בדרך כלל ללא כל צורך
בהרדמה. לעיתים צואר הרחם צר מלאפשר החזרה והרחבתו כרוכה בכאב קל.

החזרת עוברים לחלל הרחם, נושאת סיכון לדלקת אגנית על סיכוניה, כמפורט
בסעיף 4 לעיל. כאשר החזרת הביציות המופרות נעשית באמצעות לפרוסקופיה
לחצוצרה (בפעולות כמו GIFT או ZIFT) מוחדרים דרך דופן הבטן מספר מכשירים
המדגימים את איברי האגן ומאפשרים ביצוע פעולות ניתוחיות כולל החזרת
עוברים. לפרוסקופיה מתבצעת בהרדמה כללית. מכיוון שבפרוסקופיה מוחדר גז
CO² לחלל הבטן, צפוי כאב כתפיים ובטן מיד לאחר הפעולה ומספר שעות לאחריה.
הסיכון האפשרי בפרוסקופיה, בנוסף לסיכוני ההרדמה (סעיף 9 לעיל), הינו
פגיעה באיברי הבטן הפנימיים כגון: במעינים, בשלפוחית השתן ובכלי דם,
שיצריכו לעיתים פתיחת הבטן לצורך פעולות כירורגיות מתקנות. דווח על מקרי
מוות בפרוסקופיה.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

מנהל הכללי
Director General

- 6 -

11. כשל טכני:

הפרייה חוץ גופית. כוללת סידרה של פעילויות ניתוחיות, עבודה מעבדתית, פעילות טכנית עדינה הכרוכה בהפעלת מכשירים מכניים ואלקטרוניים. הצלחת הפעולה כולה קשורה בתפקוד תקין של מערכת שלמה. לעיתים, אף אם רחוקות, עלולה ההפרייה להכשל ברמה הטכנית. כשל טכני עלול להתרחש בעד 1% מהמקרים, בתחום שאיבת הביציות, הפרייתן, החזרת עוברים, הקפאתם, אחזקתם מוקפאים או הפשרתם.

אני/אנו הח"מ _____ (להלן: "האשה") _____ (להלן: "הבעל")
שם האשה ת.ז. _____ שם הבעל ת.ז.

מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי קבלתי/נו הסבר בעל פה מד"ר _____
שם פרטי שם משפחה

על תהליכי הטיפול של הפרייה חוץ גופית (להלן: "הטיפול").
קראתי/נו בעיון את ההסכמה לרבות ההסברים המפורטים בדבר השלבים השונים, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול. כמו כן קיבלתי/נו מהרופא המטפל הסברים מפורטים על פרטים שלא היו ברורים לי/לנו ומענה מפורט לשאלותי/נו ואני/אנו מסכימה/ים לביצוע כל הפעולות הכירורגיות והמעבדתיות שתדרשנה על מנת להגדיל את סיכויי ההצלחה בכל אחד משלבי הטיפול. הנני/ו מצהירים בזאת שהוסבר לנו והבנתי/ו כי בכל אחד משלבי הטיפול אפשריים סיכונים ואני/אנו מוכנים ליטול סיכונים אלו על עצמי/נו.

אני/אנו נותנת/ים את הסכמתי/נו המלאה מרצוני/נו החופשי לצוות ההפרייה החוץ גופית ב _____ (שם המוסד) לרופאים, האחיות, אנשי מעבדה, עוזריהם וכל צוות תכנית ההפרייה החוץ גופית, לבצע את כל תהליכי הטיפול המפורטים לעיל, בהתאם לשיקול דעתם, ועל פי הנהלים וההוראות של בית החולים, באחריות המקובלת בבית החולים ובכפוף לחוק.

הוסבר לי/לנו והבנתי/נו שיתכן והאחריות של הביטוח הרפואי לא תכסה עלות של כל הטיפולים להם אודק/נודק וכי במקרה הצורך אצטרך/נצטרך להשלים בעצמי/נו את העלויות הנדרשות.
אני/אנו מודעת/ים לכך שיש לי/לנו הזכות לפרוש מתוכנית הטיפול בכל זמן, אולם משאחליט/משנחליט על כך יהיה זה על אחריותי/נו המלאה.

חתימות:

_____ הבעל

_____ האשה

תאריך _____

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

_____ מס' רישיון

_____ שם הרופא וחתימה



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1124/97

טופס הסכמה: ניתוח ירוד CATARACT

הירוד (קטרקט), הוא אחד הגורמים השכיחים ביותר לירידה בראיה באנשים מבוגרים. ביותר מ- 2/3 מהאוכלוסיה שמעל גיל 60 יש הפרעה בראיה עקב התפתחות הירוד. הירוד, הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית. סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו על ידי הרופא בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. קיימים מצבים בהם לא ניתן להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע רק הוצאת העדשה העכורה. קיימים מקרים בהם חוסר האפשרות להשתיל עדשה יתגלה רק בעת הניתוח. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח ירוד בעין _____ עס/בלי/השתלת
שם פרטי

עדשה תוך עינית* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות. הוסברו הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזוגגית, נקיעת העדשה, תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן אפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח, ובמקרים נדירים אובדן הראיה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח ולעיתים צורך בהשתלת קרנית, היפרדות רשתית ובצקת במקולה. לעיתים מופיע ירוד משני המצריך טיפול בלייזר-יאג.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי 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 לטיפול בסיבוכים שהוזכרו לעיל, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני 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 פעולות כירורגיות שלדעת הרופא יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

תאריך שעה

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוסו של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב 1123/97

טופס הסכמה: ניתוח להסרת פטריגיון

פטריגיון הינו צמיחת הלחמית על פני הקרנית כאשר בעין רגילה נעצרת רקמת הלחמית בגבול בין הלבון לקרנית.

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית ובמהלכו מסירים את רקמת הפטריגיון מעל פני הקרנית ומטפלים באופן כירורגי ו/או תרופתי במקום ממנו צמח הפטריגיון על פני הלבון.

במקרים מסויימים, לפי שיקול הרופא, מטפלים בחומר אנטי מטבוליטי או בהקרנות מקומיות למניעת צמיחה חוזרת של הפטריגיון. במקרים נדירים יותר, בעיקר לאחר חזרה של הפטריגיון שנותח בעבר, מבצעים השתלת לחמית או קרנית.

על עיתוי הניתוח ושיטת הניתוח מחליטים בהתחשב בגודל הפטריגיון, גיל הפצינט, מצב הלחמית ומנח העפעף. הפטריגיון נוטה לחזור בעיקר בגילאים צעירים ושיעור חזרתו יורד עם התקדמות הגיל (בספרות שיעור החזרות בין 5% - 50%).

אין חלופות לטיפול הכירורגי בפטריגיון. האפשרות לא לנתח קיימת כאשר הפטריגיון אינו פעיל, אינו פוגם בראיה ואינו מפריע למטופל מבחינה אסטטית, הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח פטריגיון בעין (להלן: "הניתוח העיקרי").

שם פרטי

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות לרבות האפשרות של חזרת הפטריגיון. הוסברו לי תופעות הלואי לרבות כאב, אי נוחות ודימומים מקומיים בלחמית ובעפעפים שחולפים בדרך כלל תוך שלושה שבועות. הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום, שינויים בתשבורת, כפילות בראיה, התפתחות הדבקויות בין העפעף וגלגל העין (סימבלפרון) שעלולים לגרום להגבלה בתנועת העין וכפילות בראיה או משיכה של העפעף ודמעת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, 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 פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה.

אני יודע/ת, מאשר/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

תאריך שעה

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

שם האפוסטרופוס
(קירבה)

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.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1005/97

טופס הסכמה: ניתוח השתלת תותב לפין
IMPLANTATION OF PENILE PROSTHESIS

ניתוח השתלת תותב לפין מתבצע במקרים של אין-אונות (אימפוטנציה) במטרה לאפשר זיקפה. בעת הניתוח, מוחדר התקן מכאני או הידראולי אל תוך הגופים המחילתיים של הפין ובהתאם לסוג התותב יוצר זיקפה (קשיחות) מתמדת או זיקפה לאחר הפעלת מנגנון הידראולי/מכאני.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____

שם פרטי _____

על ניתוח השתלת תותב לפין (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על החלופות הטיפוליות להשתלת התותב, על היתרונות והחסרונות של כל חלופה לרבות טיפול תרופתי, טיפול בהזרקות אל תוך הפין, טיפול במכשיר ואקום, ניתוח בכלי דם והאפשרות להמנע מכל טיפול.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר על סוגי התותבים השונים והוסכם על השתלת תותב מסוג _____. במקרה בו לא יוכל המנתח להשתיל את התותב שנבחר, אני נותן את הסכמתי להשתלת תותב מסוג _____. כמו כן הוסבר לי כי במקרים נדירים לא יוכל המנתח לשתול כלל תותב.

הוסבר לי שהמנתח ימדוד את אורך הגופים המחילתיים בעת הניתוח ולפי מידות אלו יבחר תותב באורך המתאים, על פי שיקוליו בעת הניתוח.

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי שהתותב יצור זיקפה מכאנית בלבד ולא ישפר או יחזיר לי תחושות מקומיות או כלליות, ולא ישפר את החשק והמשיכה המינית (ליבידו). כמו כן הוסבר לי שהתותב לא יאריך או יגדיל את מימדי הפין, ובמרבית המקרים מימדי הזיקפה עם התותב יהיו קטנים (באורך ובקוטר) בהשוואה לזיקפה הטבעית והזיקפה תהיה פחות קשיחה מהזיקפה הטבעית. אני מבין שהתותב המוחדר לגופים המחילתיים של הפין אינו גורם לקשיחות בראש הפין וצורת הפין תהיה שונה בהרפיה ובזיקפה מהצורה הטבעית.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר השתלת התותב, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות העלולים להימשך מספר שבועות ואף יותר. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים הכרוכים בהשתלת התותב, לרבות עצירת שתן, זיהומים בחדר הניתוח ובתותב העלולים להופיע בסמיכות לאחר הניתוח או לאחר זמן, שבעטיים יהיה צורך להוציא את התותב בניתוח נוסף, דבר שעלול לגרום להקטנת מימדי הפין, עיוות צורתו וצימצום החלופות הטיפוליות בהמשך. לעיתים רחוקות תיתכן ירידה בתחושה בפין. כמו כן יתכנו קלקולים מכאניים במנגנון התותב שידרשו ניתוח, וכן תיתכן פריצה של מעטפת הגופים המחילתיים אל צינור השתן או דרך העור בעת הניתוח או לאחר זמן, דבר שיגרום להפסקת הניתוח מבלי שיוכנס התותב או יהיה צורך בהוצאת התותב בניתוח נוסף.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות וטיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות לפעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית-החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

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

חתימת החולה

שעה

תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 996/97

טופס הסכמה: ניתוח כריתת דיסקה בעמוד שידרה מותני
DISCECTOMY

הניתוח מתבצע לצורך שחרור לחץ משורש עצב או שק הדורה על ידי הוצאת דיסקה סחוסית קרועה ו/או מנוונת, שפורצת ממקומה בין החוליות וגורמת לכאבים ו/או סימני קיפוח עיצבי. הניתוח מתבצע דרך חתך באזור הגב התחתון תוך הפרדת רקמות והסטת הקרום העוטף את חוט השידרה. במידת הצורך תיתכן הוצאה חלקית או שלמה של קשת חוליה (LAMINECTOMY).

שם החולה _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____

שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת דיסקה בין "חולייתית מותנית (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלואי של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות, החולפים בהדרגה.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל שידרה המתרחשת לעיתים רחוקות, ובמקרים של למינקטומיה אפשרות של אי יציבות בקטע זה של עמוד השידרה, הוסבר לי כי סיבוכים אלה עלולים להצריך בעתיד ניתוחים לתיקונם.

כן הוסברו לי הסיבוכים הנדירים לרבות התמדת הכאבים וסימני קיפוח עיצבי בדרגות חומרה שונות עד לשיתוק מלא בגפיים תחתונות. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו ולבצע למינקטומיה ו/או דיסקטומיה נוספת ו/או לקבע את החוליות ובמקרה שמדובר בניתוח חוזר, גם לסלק צלקת מהניתוח הקודם או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או נדרשים במהלך הניתוח העיקרי או מייד לאחריו.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/י 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 מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

*מחק את המיוחד



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1003/97

טופס הסכמה לטיפול כימי CHEMOTHERAPY

שם החולה

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה

שם פרטי

על מחלתי הממארת והטיפול בה, וכי הומלץ בפני על קבלת טיפול כימי (להלן: "הטיפול").

הוסבר לי כי מטרת הטיפול לפגוע בתאים הגידוליים ולהרסם. הטיפול הכימי נועד לטפל במחלה או למנוע הישנותה, לפי העניין. הטיפול ניתן בתרופות דרך הפה, או בזריקה או בערוי לוריד. מינון התרופה מותאם למטופל ונקבע בדרך כלל על פי גובהו ומשקלו של המטופל ותוך התחשבות במחלותיו האחרות ובכושר סבילותו. משך הטיפול יקבעל על פי תוכנית מוגדרת מראש או על פי תגובת החולה.

הוסבר לי שעל פי הידוע כיום לתרופות הכימיות יש מספר תופעות לוואי אפשריות:

1. התרופות יכולות לגרום לבחילה להקאה ולשילשול, תופעות אלו ניתנות לטיפול תרופתי המקטין בהרבה או מונע אותן לחלוטין.

2. תיתכן נשירת שיער חלקית או מלאה בהתאם לתרופות השונות, תופעה זו הפיכה בדרך כלל.

3. לעתים נפגעות הכדוריות הלבנות, האדומות ו/או טסיות הדם, ומספרן יורד זמנית. ירידה במספר הכדוריות האדומות (אנמיה) יכולה לגרום לחולשה, עייפות ודפיקות לב מהירות. ניתן לתקן מצב זה על ידי מתן מנות דם או באמצעים תרופתיים. ירידה בטסיות יכולה במקרים קיצוניים לגרום לדימום שיכול להתבטא גם בהופעת שתן אדום, או נקודות שונות על פני העור. כל דימום מחייב פנייה מיידיית למטפל. ירידה במספר הכדוריות הלבנות יכולה לגרום לירידת תנגודת הגוף ולזיהומים, וכתוצאה מכך לעליית חום כביטוי לזיהום. ברור לי שעלי להודיע באופן מיידי לצוות המטפל על עליית חום של 38 מעלות ומעלה, או לפנות לחדר מיון. תופעות המעידות על זיהום תחייבנה לרוב מתן טיפול אנטיביוטי בכדורים או בערוי שיצריך אישפוז בבית החולים. לעתים משתמשים בתרופות להעלאת מספר הכדוריות הלבנות.

4. חלק מהתרופות הכימיות עלולות לגרום להופעת כיבים או פצעים על פני הלשון או חלקים אחרים במערכת הבליעה. ידוע לי שיש לדווח על כך מיד כדי שתופעה זו תטופל מבעוד מועד.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

5. דליפת תרופות מחוץ לוריד עלולה לעיתים לגרום לפצע או לנמק מקומי. ברור לי שיש לדווח מיד על כאב באזור החדרת הערוי, תוך כדי מתן התרופה.

6. כמו כן הובהר לי כי:
- א. לתרופות ספציפיות יש גם תופעות לוואי מיוחדות, שלא נזכרו לעיל, כגון: נזק לשריר הלב, נזק ריאתי, נזק כלייתי, פגיעה בשמיעה, פגיעה בעצבים, פגיעה בפוריות, ובילדים - פגיעה בגדילה ובהתפתחות. הוסבר לי כי אקבל מידע מפורט יותר אם אקבל תרופות אלו.
 - ב. קיימת אפשרות נדירה של הופעת מחלה ממארת שניה כתוצאה מהטיפול הכימי.
 - ג. לצרוף של כמה תרופות יש לעתים תופעות ייחודיות או עוצמה הנובעות מהצרוף המיוחד, הסבר נוסף יינתן לי אם אטופל בצרוף כזה.
 - ד. לעתים נדירות תופעות הלוואי יכולות להיות קשות במיוחד ואפילו להסתיים במוות.
 - ה. לעיתים הטיפול בתופעות הלוואי מחייב אישפוז בבית החולים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים/מכון/מרפאה/יחידה/מחלקה, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך

שם האפוטרופוס (קרבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

*מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1120/97

טופס הסכמה: ניתוח לטיפול בהיפרדות רשתית

ניתוח לטיפול בהיפרדות רשתית מתבצע במטרה להצמיד את הרשתית למקומה בשיטות שונות לעיתים משולבות ע"י הזרקת גז מיוחד לעין.
היפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה ונפגעת יכולתה לקלוט גרוי ראייה. הסיבות העיקריות להיפרדות רשתית הן: חבלה, מחלות עיניים (קוצר ראייה, או נוון ברשתית) או מחלות כלליות כמו סכרת. טיפול מוקדם ככל האפשר חיוני כדי למנוע נזק בלתי הפיך.

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון היפרדות רשתית בעין (להלן:

שם פרטי

"הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בהיפרדות הרשתית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל כך שבחלק מהמקרים יש צורך בניתוח/ים נוסף/ים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות. הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום ושינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפים או שינוי במספר משקפים קודם. סיבוכים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, פזילה, כפל ראייה, ירוד, עליית הלחץ התוך עיני, זיהומים, ואף אובדן מוחלט של הראייה בעין המנותחת והצטמקות גלגל העין.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי 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 לטיפול בסיבוכים שהוזכרו לעיל, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראיה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ידי מרדים.

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

חתימת החולה

תאריך שעה

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

שם האפוסטרופוס
(קירבה)

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.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1122/97

טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה

TRABRECULECTOMY

הניתוח מתבצע במטרה להוריד את הלחץ התוך עיני ועל ידי כך למנוע את התקדמות הנזק לעצב הראיה, הורדת הלחץ מתאפשרת ע"י יצירת "חור" בעין ויציאת הנוזל אל מתחת ללחמית. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה

על ניתוח להורדת הלחץ התוך עיני (להלן: "הניתוח העיקרי"). _____ שם פרטי

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכישלון הניתוח, דהיינו, השארות הלחץ התוך עיני או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות. הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות דימום תוך עיני ואובדן זגוגית. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיכונים מאוחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (CATARACT) וצניחת העפעף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני וטיפול בסיכונים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותו שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

תאריך שעה

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

שם האפוסטרופוס
(קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוסו של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1126/97

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון קוצר ראייה על ידי אקסימר לייזר

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה ללא משקפים או עדשות מגע על ידי הורדת שכבה מקרוסקופית משטח פני הקרנית במטרה להשטיחה. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה

על ניתוח לתיקון קוצר ראייה באמצעות אקסימר לייזר בעין (להלן: _____
שם פרטי

"הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שהחלופה הכירורגית של טיפול בקוצר ראייה היא ביצוע חתכים בקרנית. הוסברו לי יתרונותיה וחסרונותיה של השיטה והתאמתה למצבי. כמו כן ישנן חלופות לא כירורגיות לטיפול בקוצר ראייה וגם התאמת משקפיים או עדשות.

הוסבר לי ששיעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיופטריות עם או בלי אסטנמטיזם אך עם זאת קיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה ויהיה צורך בטיפול או בניתוח נוסף, או שחדות הראייה שתושג מיד לאחר הניתוח תשתנה. התנודות והשינויים בחדות הראייה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנודות עשויות להימשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח. הוסבר לי שגם אם יושג שיפור יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים ובכל מקרה הניתוח לא בא לשחררני ממשקפי קריאה. לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי במשך 3-6 חודשים.

הוסבר לי שהניתוח הינו חדש באופן יחסי ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות ורגישות לאור השמש ולתאורה חזקה שעלולים להימשך מספר חודשים.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח לרבות זיהום שאינו ניתן לטיפול בתרופות אנטיביוטיות או באמצעים אחרים ועלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורתה ובמקרים נדירים ביותר לאובדן הראייה, כמו כן תיתכן עכירות של הקרנית לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי 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 לצורך הצלת חיים או למניעת נזק ולטיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

תאריך שעה

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1126/97

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון קוצר ראייה על ידי אקסימר לייזר

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה ללא משקפים או עדשות מגע על ידי הורדת שכבה מקרוסקופית משטח פני הקרנית במטרה להשטיחה. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית.

שם החולה: _____
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה

על ניתוח לתיקון קוצר ראייה באמצעות אקסימר לייזר בעין (להלן: _____
שם פרטי

"הניתוח העיקרי"). (ש.ה.ג.)

X הוסבר לי שהחלופה ה**כירורגית** של טיפול בקוצר ראייה היא ביצוע חתכים בקרנית (הוסברו) יתרונותיה וחסרונותיה והתאמתה למצבי. כמו כן ישנן חלופות לא כירורגיות לטיפול בקוצר ראייה וגם התאמת משקפיים או עדשות.

הוסבר לי ששיעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דאופטריות עם או בלי אסטנמטיזם אך עם זאת קיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה ויהיה צורך בטיפול או בניתוח נוסף, או שחדות הראייה שתושג מיד לאחר הניתוח תשתנה. התנודות והשינויים בחדות הראייה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנודות עשויות להימשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח. הוסבר לי שגם אם יושג שיפור יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים ובכל מקרה הניתוח לא בא לשחררני ממשקפי קריאה. לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי במשך 3-6 חודשים.

הוסבר לי שהניתוח הינו חדש באופן יחסי ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות ורגישות לאור השמש ולתאורה חזקה שעלולים להימשך מספר חודשים.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח לרבות זיהום שאינו ניתן לטיפול בתרופות אנטיביוטיות או באמצעים אחרים ועלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורתה ובמקרים נדירים ביותר לאובדן הראייה, כמו כן תיתכן עכירות של הקרנית לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי 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 לצורך הצלת חיים או למניעת נזק ולטיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

<p>_____</p> <p>חתימת החולה</p>	<p>_____</p> <p>תאריך שעה</p>
<p>_____</p> <p>חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)</p>	<p>_____</p> <p>שם האפוסטרופוס (קירבה)</p>

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.

<p>_____</p> <p>מס' רשיון</p>	<p>_____</p> <p>שם הרופא וחתימה</p>
-------------------------------	-------------------------------------

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1186/97

טופס הסכמה: צינתור לב CARDIAC CATHETERIZATION

צינתור לב מתבצע לצורך הדגמה ו/או טיפול בכלי הדם של הלב ו/או בלב עצמו. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתרים דרך עורק פריפרי עד לאזור הלב ו/או לעורקים הכליליים המזינים את הלב, תחת שיקוף וצילומי רנטגן. באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים. בצינתור טיפולי מבצעים פעולת תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אביזרים יחודיים המותקנים על גבי הצנתרים, כולל תומך (STENT). במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מיידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני. על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוד, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה

על הצורך בביצוע צינתור לב איבחוני ו/או טיפולי לרבות תיקון שם פרטי

מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים בעזרת בלון ו/או אביזרים אחרים*.

פרט טיפול אחר:

(להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי נוחות במפשעה באזור החדרת הצנתר ותחושה פתאומית של חוס כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימום וזיהום, הוסברו לי גם הסיבוכים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלו להסתיים אף במוות.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מייד לאחריו, יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי כולל, פעולה צינתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הטיפול העיקרי או מייד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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.

חתימת החולה

שעה

תאריך

שם האפוטרופוס (קרבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה מפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1185/97

טופס הסכמה: צינתור כל-דם ANGIOGRAPHY

צינתור כלי-דם מתבצע לצורך איבחון הצרות, חסימה, מלפורמציה או מפרצת (אנויריזמה) בכלי הדם.

הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדום בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתר או מחט, בדרך כלל באזור המפשעה או באזור המותן, בית השחי או באזור אחר, בהתאם לצרכי הבדיקה. דרך הצנתר מוזרק חומר ניגוד והדגמת כלי הדם נעשית באמצעות שיקוף וצילומי רנטגן.

בצינתור טיפולי מבוצע טיפול בכלי הדם על ידי בלון, בלי או עם הכנסת אביזר או תומך (STENT) או טיפול על ידי הזלפת חומר ממס קרישים. במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני.

על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליוד, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה: _____

שם משפחה _____

שם פרטי _____

שם האב _____

ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____

על הצורך בביצוע צינתור כל-דם איבחוני ו/או טיפולי לרבות טיפול _____
שם פרטי

באמצעות חומר ממס קרישים*.

פרט טיפול אחר: _____

(להלן: "הטיפול העיקרי"). _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות כאב ואי נוחות במקום החדרת הצנתר ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הצינתור לרבות דימום באזור הדיקור, סתימה של כלי הדם במקום הצינתור או באזור מרוחק יותר, שטף דם תת עורי, מפרצת מדומה וזיהום. במקרים נדירים עלול להגרם נזק לאיבר או לגף המצונתרים עד כדי אובדן הגף וארוע מוחי. הוסברו לי גם הסיכונים האפשריים של הזרקת חומר הניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות ובמקרים נדירים ביותר פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיכונים אלו להסתיים אף במוות.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית 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 פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית במידת הצורך ובהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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 מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב 1125/97

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית VITRECTOMY

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות סיסטמיות או פגיעות בעין. קיימים מקרים בהם הנזק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בגודל מתאים ובמקרים של בעיה משולבת עם היפרדות רשתית מוזרק גז מיוחד.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין _____ (להלן: שם פרטי

"הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות ועל הסיכונים והסיבוכים האפשריים הכוללים: זיהום, דימום, שינויים בתשבורת, צניחת העפעף, כפילות ראייה ואף אבדן מוחלט של הראייה בעין והצטמקות גלגל העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני וטיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותה הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראייה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

תאריך שעה

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

שם האפוסטרופוס
(קירבה)

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.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב 1121/97

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון פזילה
(STRABISMUS SOUINT)

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את המנח היחסי של העיניים, על ידי חיזוק ו/או החלשה של השרירים החוץ עיניים האחראיים על תנועות העיניים. הניתוח אינו משנה את חדות הראיה בכל עין, אלא את המראה של המטופל, ולעיתים את התיפקוד הדו-עיני. הניתוח הוא בדרך כלל שלב ברצף טיפולי שיכול לכלול: מתן משקפיים, סגירות של אחת העיניים כטיפול בעין עצלה וכו'. צורות טיפול נוספות כאלו מתבצעות גם לפני וגם לאחר הניתוח. בכל ניתוח מנתחים שריר אחד או שניים, בעין אחת או בשתיהן, בהתאם למצב. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה

על הצורך בניתוח לתיקון פזילה בעין ימין* שריר אחד*/שני

שם פרטי

שרירים בעין שמאל* שריר אחד*/שני שרירים, בשריר אחד*/שני שרירים* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח הכוללות שינויים בזווית הפזילה לרבות שיפור הדרגתי נוסף או הרעה, דהיינו, חזרה לזווית הפזילה הקודמת או הופעת פזילה מסוג אחר. במקרים אלה קיימת אפשרות לניתוח נוסף.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות. הוסברו לי הסיבוכים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות: דימום, זיהום, ובמקרים נדירים ביותר ירידה בראיה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני וטיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותו שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

תמנהל הכללי
Director General

- 2 -

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת החולה

תאריך שעה

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

שם האפוסטרופוס
(קירבה)

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.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

* מחק את המיותר



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

מספרנו: ג.ב. 1004/97

טופס הסכמה: ניתוח לב פתוח OPEN HEART SURGERY

ניתוח לב פתוח, מתבצע לשם תיקון של מום או מחלה לבבית בלב עצמו, או בעורקיו. הגישה ללב מחייבת פתיחת בית החזה, בדרך כלל בחתך אמצעי של עצם החזה. בזמן התיקון בלב, מתבצעת עקיפת פעולת הלב על ידי מכונת לב-ריאה חיצונית המזרימה ומחמצנת את הדם לגוף כולו. ככלל, לאחר ניתוח לב פתוח, שווה המנותח בטיפול נמרץ בו הוא מחובר לעזרי ניטור ומקבל טיפול אינטנסיבי הכולל הנשמה וטיפולים תוך ורידיים.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____

שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח לב פתוח: _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, המהלך החזוי והתופעות הכרוכות בשלבי ההחלמה השונים לרבות אי נוחות מרובה וכאב באזור עצם החזה. הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: נזק למערכת הלב, נזק לכלי הדם, פגיעה מוחית, דימום, זיהום ופגיעה באיבר מרוחק בשל הפרעה בזרימת הדם אליו.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול להיווצר צורך בביצוע ניתוח חוזר.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי ששיעור התמותה בניתוח האמור עולה על אחוז אחד ותלוי בגיל, סוג הניתוח ובגורמי סיכון נוספים.

אני מצהיר/ה כי קיבלתי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
ירושלים Jerusalem

המנהל הכללי
Director General

- 2 -

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת 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 מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

*מחק את המיותר