

יש למסור עותק למטופל

טופס הסכמה כללי לניתוח (מיועד למקרים שאין להם טופס יעודי)

**** מדבקה גדולה / מילוי ידני ****
שם פרטי: _____
שם משפחה: _____
ת.ז.: _____
מין: ז / נ גיל: _____
שם ההורה: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח / הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח / הטיפול העיקרי.

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

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ות ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי (למעט אם נבחר ותואם מראש מנתח לפעולה), וכל ההליכים האחרים ייעשו 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.

הערות: _____

אני הח"מ מודעת/ת לכך שיתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר יבצע את הטיפול / ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותנת/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

אני נותנת/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח / הטיפול העיקרי.

שם המטופל/ת: _____

שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב

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

שם פרטי שם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח: _____

תאריך

שעה

חתימת המטופל/ת

שם האפוטרופוס (קרבה)

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)

חתימת הרופא

תאריך ושעה

שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

*מחקי/י את המיותר