

טופס הסכמה לניתוח

אני:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם _____
מצהיר/ה בזאת שקבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____
על צורך בביצוע ניתוח: _____

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות
בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. כמו כן הוסבר לי
לגבי הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית-החולים (להלן-הניתוח העיקרי).
נקודות מיוחדות הקשורות לניתוח: _____

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
בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע
הליכים אחרים או נוספים לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית-החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך
הניתוח העיקרי.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי יבוצע על ידי ד"ר _____
שנבחר על ידי לשם כך.

כמו כן אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שבכל מקרה שבו יתעורר צורך במהלך הניתוח לביצוע הרחבת הניתוח,
היקפו, או שינויו וכן בכל ההליכים האחרים הנוספים לניתוח ייעשו פעולות אלו בידי מי שהדבר יוטל עליו,
בהתאם לנהלים ולהוראות של בית חולים וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד
שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים ובכפוף לחוק.

למעט:

(נא לציין פרטים ואם אין - נא לציין "אין")

חתימת חולה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

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

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש
וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה

בית חולים

אסוּטָא

סטנדרט של בריאות

זולים אסותא תל אביב רח' הברזל 20, רמת החייל ת"א 69710, טל': 03-7644000 www.assuta.co.il

גליון קבלת חולה

אבחנות:

1. _____

2. _____

3. _____

תלונה עיקרית: _____

תולדות העבר: _____

מחלה נוכחית: _____

מחלות במשפחה: _____

הרגלים: עישון: _____ שתיה: _____

תרופות (בקבלתו) _____

רגישות לתרופות: _____

סקירת מערכות: _____

בדיקה גופנית:

דופק: _____ לחץ דם: _____

צוואר: _____ חזה ריאות: _____

בטן: _____ גפיים: _____

נוירולוגית: _____

א.ק.ג. בקבלה _____ צילום חזה: _____

בדיקות מיוחדות הקשורות לאישפוז:

1. _____

2. _____

3. _____

תאריך _____ חתימת הרופא _____ בית חולים _____

אסוּטָא

סטנדרט של בריאות



הוראות הרופא המנתח לקראת ניתוח

שם המטופל: _____ מספר ת.ז.: _____

גיל: _____ מספר טלפון: _____

סוג הניתוח: _____ צד: _____

שעת הניתוח: _____ שעה שנקבעה לבוא לבית החולים: _____

סוגי ההרדמה: כללית אזורית מקומית נוכחות מרדים: כן לא

רופא מרדים: פרטי אסותא

גורם משלם: פרטי קופת חולים ביטוח

הבדיקות שהנני מעוניין שיבוצעו למטופל:

ספירת דם PTT PT

כימיה תפקודי כבד תפקודי כליה שומנים

דם לסוג והצלבה

מספר מנות דם: _____ דם מלא דם דחוס

צילום חזה

א.ק.ג.

שתן לתרבית וכללית

משטח אף ל - MRSA (בקופת חולים)

היסטוריה רפואית מרופא המשפחה (מחלות, רקע ותרופות קבועות)

מכתב שיחרור מאשפוז בשנה האחרונה

במידה ואושפז בשנה האחרונה, קיימת הפניה לטרומ ניתוח 10 ימים לפני הניתוח לבדיקת משטח רקטאלי

ההכנה שהנני מעוניין שתבוצע למטופל:

חוקן

גילוח

רחצה

חולה בצום מוחלט משעה: _____

מתן טיפול תרופתי לפני הניתוח: _____

הכנה מיוחדת: _____

שם הרופא השולח: _____ חתימה וחותמת: _____