

# טופס הסכמה לביצוע מילה רפואית/כריתת עורלה

## CIRCUMCISION



### מדבקה

ברית מילה (כריתת עורלה) מתבצעת לרוב מסיבות דתיות, מסורתיות ו/או חברתיות. לעיתים מתעורר הצורך בכריתת הערלה עקב דלקת של העורלה שעלולה לגרום להפרעות במתן השתן. הוסבר לי כי ברית מילה ניתנת לביצוע על ידי מוהל. ברית מילה/כריתת עורלה כירורגית, מתבצעת בדרך כלל בהרדמה מקומית או אזורית (penile block) ולעיתים יש צורך 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 המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע ברית מילה כירורגית (להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות של כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, פגיעה בראש נאיבר המין, זיהום ותסביב של הפין

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית או אזורית, במידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתו של הרופא לאחר שהוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע ומסכים לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של נ.א.ר.א מדיקל סנטר וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בנ.א.ר.א מדיקל סנטר בכפוף לחוק.

תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ חתימת החולה: \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (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.

שם הרופא \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_