

salle d'opération

Formulaire de consentement à une opération

Nom du malade : _____
Nom Prénom Nom du père Carte d'identité

J'ai reçu des explications détaillées données oralement par le Dr _____
Nom Prénom

sur la nécessité d'effectuer l'opération/la procédure médicale _____

concernant les résultats espérés, les complications éventuelles et les méthodes de traitement possibles dans le cas présent, ainsi que la réussite et les risques de chacune de ces procédures et des examens et traitements qu'elles impliquent, et je donne par la présente mon consentement à une opération/procédure médicale, comme mentionné ci-dessus (ci-après « le traitement médical ») à l'hôpital.

Il m'a été expliqué et je comprends qu'il s'avèrera peut-être nécessaire durant le « traitement médical », de procéder à un traitement plus considérable, de modifier le traitement ou de prendre d'autres mesures ou des mesures supplémentaires, y compris d'effectuer des actes chirurgicaux supplémentaires ne pouvant pas être prévus avec certitude ou totalement actuellement. Leur nécessité m'a été expliquée, par conséquent je consens également à un traitement plus considérable, à une modification du traitement ou à d'autres procédures, y compris des opérations et des actes invasifs supplémentaires qui seront essentiels ou nécessaires pendant le « traitement médical » selon l'avis des médecins de l'hôpital.

De plus, je donne mon consentement à une anesthésie locale ou générale, en cas de nécessité, à l'appréciation des médecins traitants.

Je sais et j'accepte que le « traitement médical » et toutes les autres procédures soient effectués par la personne qui en sera chargée, selon les procédures et les instructions de l'hôpital, sans promesse qu'ils seront effectués, en tout ou en partie, par une même personne, mais ils seront effectués de manière responsable, comme c'est la norme à l'hôpital, et conformément à la loi.

Date

Heure

Signature du patient

Nom du tuteur

Signature du tuteur
(en cas de mineur, de personne légalement incompétente ou de malade mental)

J'atteste avoir expliqué oralement au malade/ au tuteur du malade tout ce qui est mentionné ci-dessus avec tous les détails voulus et il/elle a signé le formulaire de consentement en ma présence, après que j'ai été convaincu qu'il/elle avait compris toutes mes explications.

Cachet du médecin

Signature du médecin



Avec tous nos vœux de bonne santé
L'équipe des salles d'opération
Secrétariat : 02-5678505

טופס הסכמה לניתוח

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

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע ניתוח/פעולה רפואית _____

לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן בזה את הסכמתי לניתוח/הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן "הטיפול הרפואי") בבית החולים. הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך "הטיפול הרפואי" יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים נוספים, לרבות ניתוחים ופעולות פולשניות נוספות, שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך "הטיפול הרפואי".

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

אני יודע/ת ומסכים/מה לכך ש"הטיפול הרפואי" 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.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

אני מאשר 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.

חותמת הרופא _____ חתימת הרופא _____

**בברכת בריאות טובה
צוות חדרי ניתוח
מזכירות: 02-5678505**

