

**טופס הסכמה: לניתוח הוצאת کلیה מתורם חי לצורך השתלה באחר**

**Informed consent for the surgical removal of a kidney from a live donor for transplantation in a recipient**

בניתוח מוצאת کلیה אחת מתורם, לצורך השתלתה בחולה הסובל מאי ספיקה כלייתית סופנית, ונזקק או יזדקק בקרוב לטיפול דיאליזה לכל חייו. מטרת ההשתלה לאפשר לנתרם לחיות ללא צורך בדיאליזה. סיכויי קליטת הכליה המושתלת גבוהים, אך יש לדעת שתיכנן דחייה של הכליה המושתלת או תפקוד לקוי שלה. הכליה הנותרת בתורם, צפויה להגביר את תפקודה בהדרגה, עד לתפקוד קרוב מאוד (כ - 80%) לזה של שתי הכליות, והשפעה הצפויה על איכות החיים או תוחלת החיים של התורם קטנה מאד הניתוח להוצאת הכליה לתרומה מתבצע לרוב כניתוח לפרוסקופי סגור, אך יכול גם להתבצע בשיטה הפתוחה, דרך הבטן או המותן, על פי שיקולי המנתח. בשתי השיטות מבוצע הניתוח בהרדמה כללית.

שם תורם /ת הכליה: \_\_\_\_\_

| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | מס' תעודת זהות |
|----------|---------|--------|----------------|
|----------|---------|--------|----------------|

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' \_\_\_\_\_

|          |         |
|----------|---------|
| שם משפחה | שם פרטי |
|----------|---------|

על ניתוח הוצאת הכליה מגופי לצורך השתלתה באחר כתרומה (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי והבנתי את משמעות הוצאת הכליה מגופי, ואת ההשלכות הצפויות על מצבי הרפואי, ואני מסכים בזאת לניתוח העיקרי.

אני מאשר בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות אי נוחות וכאבים שיחלפו תוך מספר ימים. הבנתי שתיכנן אפשרות שניתוח לפרוסקופי סגור יהפך לניתוח פתוח, על פי שיקולי המנתח.

אני מאשר בזאת כי הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, כמו זיהום ו/או דימום באזור הניתוח, וסיבוכים נדירים יותר כמו פגיעה באברי בטן ו/או בכלי דם הסמוכים למקום הניתוח, והוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוח נוסף לתיקונם.

הוסבר לי כי במהלך השנים תיתכן עליה בהפרשת חלבון בשתן וכן עליה קלה בלחץ הדם. כמו כן הוסבר לי כי יש דיווחים בודדים על סיכון מוגבר במעט להתפתחות מצב של אי ספיקת כליות הוסבר לי והבנתי שבמקרים נדירים מאוד יתכן מוות בעקבות הניתוח העיקרי.

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 או אחריו יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי.

לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית וכי הסבר 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 המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי כירורג מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

הוסבר לי והבנתי את הצורך במעקב רפואי שנתי קבוע לאחר הניתוח, ובשמירה על אורח חיים בריא בהתאם להמלצות הרופא.

אני מצהיר ומאשר כי הכליה מיועדת להשתלה (סמן את האפשרות הנכונה ומחק את המיותר):

בחולה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שקרבתו/ה המשפחתית אלי היא: \_\_\_\_\_

כתרומה אלטרואיסטית, בחולה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שאינו קרוב/ת משפחתי.

כתרומה אלטרואיסטית, בחולה שייבחר ע"י מרכז ההשתלות הארצי.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המנותח/ת (התורם) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לתורם/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

חתימה

מספר רשיון

שם הרופא/ה

