



טופס הסכמה לניתוח / פעולה רפואית

מקרה: 30317774	אמבולט : מ.שינ.ס.ילד / מ. פח ולסת
מ.ז. : 21576161-0	שם: בר-נס עומר
אב : שי	כתובת: ביצרון ביצרון
סוג : אזרח	טל: מין: ז
ג.נ.מ.מ.נ. : 08:38 18.11.13	ת.ל.ידה: 24.08.2008
מ.פ.ע.ל. : 451	מס' התחייבות:
	ת.קבלה: 08:38 18.11.13
	מ.פ.ע.ל. : 451

מרכז רפואי ברזילי

שם החולה: ג.נ.ס. שם משפחה ג.נ.ס. שם פרטי א.נ.ס. שם האב ע. ת"ז 21576161

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר ש.מ.פ.ח. שם משפחה ש.מ.פ.ח. שם פרטי ש.מ.פ.ח. על הצורך בביצוע ניתוח/פעולה רפואית

לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח / הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן - "הטיפול הרפואי") בבית החולים.

הוסבר לי ואני מבין/ה 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 או 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 במידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

אני יודע/ת ומסכים/ה 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.

חתימת החולה א. שעה 08:00 תאריך 18/11/13
שם האפוסטרופוס ש.מ.פ.ח. חתימת האפוסטרופוס (במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש) ש.מ.פ.ח.

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא התם/ה הסכים/ה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

חתימת הרופא 21/11/2013

חותמת הרופא ש.מ.פ.ח.
מ.ר. מרפאת שיניים לילדים
מ.ר. רפואי ברזילי
451

*מחק את המיותר

איכות בשירות-המרשם לבריאות

המרכז הרפואי ע"ש ברזילי אשקלון, רחוב ההסתדרות 2, מיקוד 78278, טל: 08-6745555, פקס 08-6736750
THE BARZILAI MEDICAL CENTER ASHKELON, 78278, ISRAEL, TEL.: (972)-8-6745555, FAX.: (972)-8-6736750
WWW.BARZILAIMC.ORG.IL

Monday, August 24, 2015

To whom it may be concern,

The following case is exempt from IRB approval according to ICH-GCP, since it was done during a clinical routine procedure and not in part of research intervention.

All details in the attached publication are anonymous.

Sincerely,
Ornit Cohen

Ornit Cohen, M.Med.Sc.
Chairmen Scientific Assistant
Helsinki Committee
Auditing Committee of Clinical Trials

Director of Research and Development
Helsinki Committee

