

# שרותי אשפוז

חוזר מס' 39/86

ירושלים, ד' ניסן תשמ"ו  
16 אפריל 1986

תיק מס' 1/0/200

אל: כל מנהלי בתי-החולים הכלליים

הנדון: ביצוע ניתוחים -

(א) לשינוי מין אצל TRANSEXUALS

(ב) לתיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM ודומיהם

הננו להביא בזה לידיעתכם כי בהתאם להמלצות ועדת מומחים שמונתה על-ידי מנכ"ל משרדנו לבדיקת נושא ניתוחים כנ"ל, על השלכותיהם, נקבעו הכללים והתנאים הבאים לביצוע ניתוחים אלה:

1. ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS

לצורך הנחיות אלו, כ-TRANSEXUAL ייחשב אדם אשר עונה על הקריטריונים המקצועיים המקובלים והחקפים בחקופה הרלבנטית.

א. ניתוחים מסוג זה יבוצעו בבי"ח ציבורי בלבד.

ב. בבי"ח בו יבוצעו ניתוחים אלה תמונה ועדה שתכריח יהיו: פסיכיאטר בכיר, מנתח פלסטי בכיר, פסיכולוג קליני, אורולוג ואנדוקרינולוג.

ג. הועדה תדון במקרים המומלצים לביצוע ניתוח שינוי מין שהופנו אליה מתוך המוסד בו הנה פועלת, או ע"י גורמים רפואיים חיצוניים אחרים.

ד. ואלה התנאים החיוניים וההכרחיים לביצוע ניתוח שינוי מין:

(1) המועמד חי בזהות המין הנגדי שאליו הוא מבקש להשתייך בעזרת הניתוח, לפחות במשך תקופה של שנתיים .

(2) לפני ביצוע ההתערבות הכירורגית, על המועמד לקבל טיפול הורמונלי במשך תקופה שתיקבע ע"י הועדה, בכל מקרה לגופו, על מנת לבחון את התגובות הגופניות והנפשיות של המועמד לזהותו המינית החדשה.

(3) המועמד יעבור הערכה פסיכו-דיאגנוסטית ע"י פסיכיאטר ופסיכולוג, שמטרתה לבדוק את מצבו הנפשי של המועמד, ובהתאם לכך לאשר או לסרב ביצוע הניתוח.

הועדה רשאית להסתמך על הערכה ומעקב שנערכו מחוץ לכתלי המוסד בו הנה פועלת, ובלבד שהם עונים על הקריטריונים המקצועיים הדרושים.

(4) המועמד יחתום על הטופס המקובל להסכמה לניתוח במוסד בו יבוצע הניתוח, וכן על טופס הסכמה מיוחד לביצוע ניתוח שינוי מין (ראה נספח - טופס הסכמה לניתוח שינוי מין), לאחר שהוסברו לו על ידי חברי הועדה מהות וטיב הניתוח, השלכותיו, תוצאותיו והסיכוכים האפשריים.

## תיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM

.2

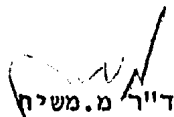
הניתוחים המבוצעים במקרים של HERMAPHRODITISM (TRUE ו-PSEUDO) ומקרים אחרים של פגמים ביצור ההורמונלי התקין, מטרתם להגביר ולחזק את מינס הגנטי של המנותחים מבחינת סימני המין המשניים וכו', ולא לשם שינוי מינו של המנותח.

ניתוחים מסוג זה אינם מכצועים על-סמך אינדיקציה פסיכאטרית, אלא במקרים בהם קיימת אינדיקציה בהסתמך על שינויים גנטיים - הורמונליים או כרומוסומליים.

מובן כי על המועמד לניתוח כנ"ל לחתום על הטופס הרגיל הנהוג להסכמה לניתוח, לאחר קבלת הסברים מתאימים, כמקובל בכל ניתוח אחר.

הואילו לדאוג לכך כי בכל מקרה של חולה המועמד לאחד מהניתוחים האמורים יפעל מוסדכם  
בהתאם לנדרש, כמפורט לעיל.

בברכה,



ד"ר מ. משיח

ראש שירותי אשפוז

לוטה: טופס הסכמה לניתוח שינוי מין

העתק: למנהל הכללי  
לראש שירותי בריאות הנפש  
ללשכת היועץ המשפטי

בס/מע/852

טופס הסכמה לניתוח שינוי מין

שם החולה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מהועדה בביה"ח \_\_\_\_\_ על פרטי הניתוח לשינוי מין אשר כולל כריתת אבר המין הזכרי ושני האשכים, תוך יצירת נרתיק וקצור השופכה. /כריתת שדיים, בניית פינ מלאכותי, וכריתת נרתיק במידה וקיים - (מחק את המיותר).

הוסבר לי והבינתי שאין בניתוח זה אפשרות להביא לידי אורגזמה או לשינויים אחרים בהרגליים המיניים.

הנני מודע/ת לסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הבדיקות הטיפוליים הכרוכים בכך, אני נותן/ת בזה הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל בבית החולים \_\_\_\_\_ (להלן - הניתוח העיקרי).

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 לצפותן כעת בודאות או במלום, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אי מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

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

תאריך

שעה:

חתימת החולה:

שמות חברי הועדה וחתימותיהם: