

## טופס הסכמה: כריתת גרון (שלמה או חלקית) TOTAL/PARTIAL LARYNGECTOMY

כריתת גרון מבוצעת לרוב לשם סילוק גידול ממאיר. במקרים נדירים ההוראה יכולה להיות עקב מחלה כרונית, הפרעה תפקודית או בהוראה אחרת. לעיתים ילווה הניתוח גם בכריתה של קשרי הלימפה בצוואר ו/או של בלוטת התריס. ההחלטה על היקף הניתוח והצורך בטרכאוסטומיה (פיום קנה) תלויה בנסיבות המחלה ובהחלטת המנתח. הניתוח מבוצע 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 משפחה	שם פרטי
_____	_____

על הצורך בניתוח \_\_\_\_\_

בשל \_\_\_\_\_ להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסבר לי שהניתוח כרוך בהפרעה בדיבור, או אובדן הקול, בהתאם להיקף הניתוח ולעיתים בביצוע טרכאוסטומיה (פיום קנה) והזנה זמנית בוונדה. פיום קנה קבוע, משנה את אורח החיים ומצריך הדרכה ייעודית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה בעור הצוואר והפנים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, שעלול להתפשט לאברים נוספים, דימום עד כדי דימום מסיבי מסכן חיים, נקב בריאה, נקב בושט, פיסטולה הגורמת לדליפת רוק או מזון, דליפת נוזל לימפטי, קושי בבליעה, שאיפת רוק או מזון לריאות (בכריתת גרון חלקית). קושי בנשימה, אבדן חוש הריח, הפרעות בתפקוד המוח בגלל פגיעה בעורק התרדמה, פגיעה בבלוטת התריס או יותרת התריס, שעלולה לגרום להפרעות הורמונליות שיצריכו טיפול תרופתי קבוע, הפרעה בהנעת הלשון, התנפחות הפנים, ירידה קבועה בתחושה בעור הצוואר, נמק בעור הצוואר, ומוות במקרים נדירים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופוציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירו לוויד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות כשיטות העדכניות ביותר וזיהום אפשרי קיים סיכוי קטן להדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

