

טופס הסכמה: ניתוח מסטואידקטומיה (MASTOIDECTOMY)

עצם המסטואיד הינה זיו גרמי מאחורי האוזן, המכיל חללי אוויר מרובים המתקשרים לחלל האוזן התיכונה. הניתוח מתבצע במטרה לכרות ולנקז זיהום כרוני, או גוש ציסטי (כולסטאטומה) ולעיתים כדי לטפל בדלקת חריפה שהתפשטה לעצם המסטואיד. הוראות פחות שכיחות לניתוח הן כריתת גידול, או כטיפול במחלת מניאר. לעיתים נזקקים לסדרת ניתוחים על מנת לסלק את כל המחלה. קיימים מצבים בהם הניתוח מלווה גם בהתערבות ניתוחית באוזן התיכונה ובעור התוף. ניקוי המסטואיד מהזיהום/ כולסטאטומה/ גידול, מאפשר בהמשך לבצע, במידת הצורך, ניתוח לשיקום השמיעה. היקף הניתוח, סוג הניתוח והאפשרות למילוי חלל המסטואיד המנותח, ייקבעו על ידי המנתח בהתאם להיקף המחלה ושיקולים מקצועיים. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

על הצורך בניתוח מסטואידקטומיה בצד _____ בשל _____

(להלן: "הניתוח העיקרי"). _____

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות המחלה או הפרשות כרוניות. ייתכן שמלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד. בניתוח שבו משאירים חלל מסטואיד פתוח, יהיה צורך להרחיב את פתח תעלת השמע. הוסבר לי שצפויה להיוותר צלקת ניתוחית. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלטות). לעיתים עלולה להשתנות עמדת האפרכסת. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב באוזן, הפרשות מהאוזן, ירידה בתחושה באזור הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, טינטון (זמזום באוזן), סחרחורת עקב פגיעה באוזן פנימית, שיתוק זמני או קבוע של עצב הפנים, החמרה בליקוי השמיעה, חרשות, קרע בקרום המוח ודליפה של נוזלי שדרה, דלקת קרום המוח, מורסה במוח, דימום מסיבי עקב פגיעה בכלי דם גדול. 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, לשנותו 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 ססיות דם, וקריורציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, 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 בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום 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) - ובאידס (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, סיכויים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

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

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
 אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת 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.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
* מחקי את המיותר		

ט' 0000 /ספמחבר 2013

