כללית

מדבקת המטופל

טופס הסכמה: ניתוח פיום קנה (TRACHEOTOMY)

פיום קנה הוא ניתוח שבו יוצרים פתח בקנה הנשימה דרך הצוואר התחתון, חלופי לדרכי הכניסה הטבעיות (אף, פה). לפתח זה מוחדרת צינורית לצורך שימור הפתח. הניתוח מבוצע כאשר יש צורך במעקף של דרכי נשימה עליונות שנחסמו, או לצורך הנשמה ממושכת או לצורך ניקוז ושאיבת הפרשות מדרכי הנשימה.
במצב של פיום קנה, אין יכולת לדבר. קיימים מצבים בהם פיום הקנה יישאר באופן קבוע.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית.

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 פיום קנה בשל _____

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי קיימים מצבים של כשל טכני בביצוע הפיום, המתבטאים באי יכולת להחדיר את הצינורית לקנה הנשימה, או החדרתה של הצינורית בסטיה מהמסלול המתוכנן.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, ודימום קל משולי פצע הניתוח.
הוסבר לי שבכל מקרה תוותר צלקת צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות).
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: אי נוחות ממושכת, קושי בבליעה, זיהום והפרשה מפצע הניתוח, שעלול להתפשט לריאות או למיצר (מדיאסטינום), גרנולציות בפתח הטרכאוטומיה ובקנה הנשימה שיצריכו טיפול, דימום מסיבי מסכן חיים, ניקוב הריאה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט, נמק של סחוסי קנה הנשימה, חסימה של צינורית ההנשמה וחנק. במקרים נדירים, עלולים חלק מהסיבוכים להסתיים במוות.
לאחר סגירת פיום הקנה עלול להופיע שינוי זמני או קבוע בקול וכן נצור (פיסטולה) בין הקנה לעור.
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.
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.
הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
אני יודע/ת 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 האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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

* מחק/י את המיותר