

טופס הסכמה: ניתוח בצוואר

ניתוחים ברקומות הרכות של הצוואר מבוצעים לצורך אבחון ו/או כריתת גידולים, גושים או ציסות, לניקוז אבכים וזיהומיים וכהוראות נספות. הניתוח מבוצע לרוב בהרדים כלליים ולעתים בהרדים מקומיות.

שם החולה:

ת.ז.

שם האב

שם פרטיה

שם משפחה

שם פרטיה

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלת הסביר מפורט בעל פה מד"ר

על הצורך בניתוח בצד בשל

להלאן: "הניתוח העיקרי".

הובחר לי שקיימים מצבים בהם לא ניתן יהיה לכנות את הממצא בשלמותו. ההחלטה לגבי המשך הטיפול תתקבל בהמשך, בהתאם לניביות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי של הניתוח העיקרי לדובות כאב ואין נוחות (שיכולה להיות ממושכתת), הפחתה, לרוב זמנית, בתיחסה לעור הצווארי והפנים.

כמו כן, הוסברו לי היסכונים והסבירים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום; דימום (שהולל להיות מסכן חיים); ניקוב הלוע, השטח, הקנה או הריאה; דיליפה קבועה מאזור הניתוח (פיסטוליה); התנפחות הפנים; פגיעה עצבתית שולולה לגרום להפרעה בתנועות הפנים, בהנעת הלשון, לקושי בבליעה, לקושי נשימה, להפרעה או אובדן הקול, לחולשה בכף או הגבלת בתנועות הכתף; קושי חמוץ בששימה שלול להצורך פום הקנה (טרכואסטומיה); נזק מוחי בגלגול פגיעה בעורק התרדמה.

הוסבר לי שכלל מקרה תותר צלקת באזורי הצוואר, אך תתקנן גם ירידת קבוצה בתחשוה ואובדן עור. צורת הצלקת תלולה בסוג העור שייל ובתכונות הריפוי שלו וקיים בהם תסתפקה צלקות קלואידיות (צלקות עבות וובלטות).

אני מונתר/ת בזאת את הסכמתני לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתרור שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט הליכים אחרים או נוספים לצורכי הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם בעת בוודאות או במקרה אך מילואם אך ממשותם הוסבירה לי. לפיכך אני מסכין/ה גם לאותה הרחבה שנוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דורשים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק מרוכביו כמו תרכיזים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקרופריציפיטט ניתנים לחולה חזוק لكن בעירוי לויריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או אי-ஐוד דם או חסר דם או אחד מרוכביו. מתן הדם או מרוכביו ונודע להצלת החווים, שיפור הסיכוי להחלמה וטיפולו של המטופל. הדם ו/או מרוכביו המיעדים לעירוי נאפסים ונבדקים בקפדנות בהתאם להנחיי משרד הבריאות.

כמו כן, נבדקת התאמת מנת הדם ומרוכביו לחולה המתקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמת מלאה בין הדם ו/או מרוכביו לגוף החולה וכתחזאה מכע, עלולה להתעורר תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צרמונורטה. בתגובהות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נזירות, עלולה להתעורר תגובה המוליטית (הרס כדרויות אדרומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לגרום בתפקוד הכלילי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, לਮורות העורכדה שהכנתה מנת הדם ומרוכביו ובריקתן בנק הדם מחייבת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכון קטן להזרת זיהום לגוף החולה. ייוזם זה יכול אף שלא להתגלוות במהלך תקופה של חדשים עד שנים. הטיכון להבקה בצתבת נגיף (יראלית) - ובאיידס (נגיף הכלש החיסוני) - קיימים אך נדירות ביותר.

למרות זאת, הטיכון לממצבו הכריאוטי של המטופל הכרוך בא-י. קיבלת דם ומרוכביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עלולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים בא-י - קבלת דם ומרוכביו כוללים הארכת משך האשפטו, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים ופואים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכין/ה לקבל עירוי דם ככל שמצויב הרפואי יצדיק זאת.



החברה לניהול סיכונים רפואיים בע"מ

ההסתדרות הרפואיה בישראל



הסביר ל' שברוב המקרים הניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסביר על ההרדמה ינתן לי על ידי מודדים. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הורקה תוך ורידית של חומר הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תగובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בעוריות הלב, בעיקר אצל חולץ לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי העיקרי וכל ההליכים העיקריים יישו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנחלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיישו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבב שיישו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שם האופטורופוס (קירבה)	שעת	חתימת החולה
2013/0000/0000	אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה/לאופטורופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפיוות הדorous ומי הוא/היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנعتי כי הבין/ה את הסכמי במלואם.	חתימת האופטורופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם האופטורופוס (קירבה)
מס' רישוי	שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה

* מחק/י את המיותר

