

טופס הסכמה: בתירה צווארית (NECK DISSECTION)

בתירה צווארית מבוצעת לצורך כריתת גידולים ו/או כהמשך והשלמה לניתוחים לכריתת ממאירויות ולכריתת או מניעת גרורות בראש ובצוואר. היקף הניתוח והצד/דים המנותח/ים נגזרים מגודל ומיקום הגרורות ו/או הגידול הראשוני. 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 פרטי	שם משפחה
_____	_____

על הצורך בניתוח _____ בצד _____

בשל _____ להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסבר לי שקיימת אפשרות שמסיבות אנטומיות (היקף ועומק הגידול) לא ניתן יהיה לכרות את הגידול בשלמותו. הוסבר לי שניתן חזרה (הישנות) של גידול או גרורות בצוואר.

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; דימום שעלול לסכן חיים; חולשה בכתף או הגבלה בתנועת הכתף, הפרעה בתנועות בידיים, שיתוק הסרעפת, הפרעה בהנעת הלשון ולעיתים טעם מתכתי, הפרעה בשרירי הפנים, הפרעה או אובדן הקול, הפרעה בבליעה; ניקוב הלוע, הושט, הקנה או הריאה; צורך בטרקאוסטומיה (פיוס קנה); דליפה של רוק או נוזל לימפטי (פיסטולה); התנפחות הפנים; הפרעה בראיה ו/או נזק מוחי בגלל פגיעה בעורק התרדמה. במקרים מועטים הניתוח כרוך בתמותה.

הניתוח כרוך בעיוות ואסימטריה בין שני חלקי הצוואר. ייתכן נמק של העור. לעיתים יהיה צורך בשחזור על ידי שתל או מתלה עור או רקמה. כמו כן הובהר לי שבעקבות הניתוח עלולה להופיע מגבלה בתנועות הראש והצוואר, בשל כריתת מסת שריר. הוסבר לי שבכל מקרה תותר צלקת באזור הצוואר. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלוטות). 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 טסיות דם, וקריופריציפיטט 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 ההיסוני) - 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.

