

טופס הסכמה: ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים

ESS/FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (FESS)

ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים מתבצע, לרוב, בשל אירועי סינוסיטיס חוזרים, סינוסיטיס כרונית שלא מגיבה לטיפול תרופתי, פוליפים באף ובסינוסים, שלא נסוגים בטיפול שמרני. לעיתים, הניתוח מתבצע גם עקב גידולים, ציסטות, גופים זרים, פטריה. מטרת הניתוח היא סילוק המחלה ושיפור הניקוז והאורור של הסינוסים החולים. היקף הניתוח נקבע על פי ממצאים קליניים ורנטגניים ועשוי להתעדכן במהלך הניתוח. הניתוח מבוצע בגישה דרך האף ללא חתכים חיצוניים, באמצעות אנדוסקופ, שהוא מכשיר אופטי המאפשר למנתח לראות מקרוב ובהגדלה, את אזור הניתוח. לאחר הניתוח, עשוי המנתח להשאיר טמפונים באף, הגורמים לאי נוחות. לעיתים, יש צורך לשלב גם ניתוח לתקון סטיה של מחיצת האף ו/או כריתה/הקטנה של הקונכיות. 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 פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בניתוח הסינוסים עם/בלי ניתוח מחיצת האף, עם/בלי ניתוח הקונכיות, בצד _____ בשל _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות המחלה, הפרשות כרוניות, או שלא תושג תוצאה תפקודית מספקת. ייתכן שמלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור הניתוח, הצטלקויות והדבקויות בין יריות האף או הסינוסים עד כדי צורך בניתוח חוזר; פגיעה בחוש הריח; יובש באף; פגיעה בארובת העין – החל מבעיה קלה כגון שטף דם קל או איר בעפעפים ועד, במקרים נדירים, פגיעה בשרירי הראיה או בחדות ראייה עד לעיוורון; פגיעה בדרכי הדמעות; פגיעה בקרומי המוח עם דלף של נוזלי מוח או דלקת קרום המוח; מקרים נדירים מאד של פגיעה תוך מוחית. הניתוח כרוך בתמותה במקרים נדירים ביותר. 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, וקריופרציפיטט 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. בהגובות 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 וביקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת 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.

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 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

* מחק/י את המיותר

