

# טופס הסכמה: הכנסה ו/ או בדיקה מחדש (רביזיה) של מערכת דלף מחדרי המוח

CRANIAL VENTRICULAR SHUNT INSERTION AND/OR REVISION

הידרוצפלוס (ראש מים) הוא מצב בו קיימת חסימה במסלול זרימת המים במוח, והצטברותם גורמת להרחבת חדרי המוח ועליה בלחץ התוך גולגולתי. מטרת הניתוח להכנסת דלף היא להוריד את הלחץ על ידי ניקוז המים מן המוח אל חלל בגוף, כמו הבטן, או החלל שבין קרומי הריאות או חלל הלב. הדלף מורכב מצינור אחד במוח, המוכנס דרך חור קטן בגולגולת ומתחבר אל שסתום הנמצא מתחת לעור הקרקפת. השסתום נפתח בלחץ מסוים, ומאפשר זרימה חד כיוונית של המים, לצינור נוסף, היוצא ממנו, והמועבר מתחת לעור אל תוך חלל הבטן, בית החזה, או חלל הלב. ללב מוכנס הצינור תוך שיקוף נטגן והזרקת חומר ניגוד. ילדים צפויים לעבור לאחר שנים ניתוח נוסף, להארכת הצינור בגוף, בשל גדילתם. במיעוט המקרים, ניתן להוציא את הדלף לאחר זמן. במקרים בהם צינורות הדלף נסתמים, או שנוצר נתק בין חלקי המערכת, או שהניקוז רב או מועט מידי, יש צורך בניתוח רביזיה, בו מתקנים את הליקוי בצינורות או בשסתום או מחליפים אותם חלקם או כולם. במקרים מסויימים לא ניתן להוציא דלף ישן שאינו מתפקד ואז מוכנס דלף חדש, נוסף. אם מערכת הדלף מזדהמת, יש צורך להוציאה ולהחליפה באחרת. כל ניתוח כזה מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח: \_\_\_\_\_

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 בביצוע ניתוח הכנסת דלף מחדרי המוח לחלל הבטן/ לחלל בית החזה / ללב\* רביזיה של הדלף\* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות, לרבות כאב ואי נוחות באזור החתכים ולאורך מסלול העברת הצינור, בחילה, הקאות, כאב בחזה או בבטן, שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים העיקריים האפשריים, כמו דימום מפצעי הניתוח או לאורך מסלול הצינורות, במוח ו/ או בגוף, זיהום פצעי הניתוח ו/ או מערכת הדלף, דלקת קרום המוח, חסימת הדלף, הפרעה זמנית בפעולת המעיים, מיקום לקוי של אחד מצינורות המערכת, דליפה של נוזל המוח ו/ או הצטברות סביב צינור ו/ או שסתום המערכת, ניתוק של חלקי המערכת, נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע, הצטברות אויר בקרום הריאה, ניקוב איבר בחלל הבטן. הובהרה לי האפשרות של צורך בניתוח נוסף לתיקון סיבוכים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול הניתוח להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו, 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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה 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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי 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 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.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד הכפוף לחוק.

ת	אריך	שעה	ח	תימת המנותח
				במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש שם חתימת האפוסטרופוס וקירבה
				אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה ללמנותח/לאפוסטרופוס * את כל האמור לעיל בפירוט הנדרש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.
				שם הרופא/ה
				חתימת הרופא/ה
				מס' רישון
				מחקי/ את המיותר*