

טופס הסכמה: הסרה ניתוחית של גידול מוחי

REMOVAL OF BRAIN TUMER

מטרת הניתוח היא להוציא את הגידול בשלמותו. עם זאת, לא תמיד ניתן להשיג את הוצאתו השלמה בשל קרבתו לאזורים חיוניים במוח או לכלי דם חשובים. כמו כן, יתכן שהמנתח יאלץ להסתפק בלקיחת ביופסיה מן הגידול. במקרים כאלה, כמו גם אם יתברר שהגידול ממאיר, יתכן שיהיה צורך בניתוח נוסף בעתיד, ו/ או בטיפול משלים, על ידי קרינה ו/ או כימותרפיה. בניתוח מורמת לוחית מעצם הגולגולת, שתוחזר למקומה בתום הניתוח, או שתוחלף בחומר סינתטי מאקריליק. במקרים נדירים העצם תוחזר למקומה רק מאוחר יותר, בניתוח נוסף. בתום הניתוח יתכן שישאר נקז חיצוני למספר ימים, שישמש למדידת לחץ תוך גולגלתי ולניקוד נוזל המוח. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או מקומית, על פי הצורך.

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 **בשל גידול במוח הגדול/ במוח הקטן / בגזע המוח בצד ימין/ שמאל/ בקו האמצעי* (להלן: "הניתוח העיקרי")**.

אני מצהיר ומאשר בזאת שהוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, כולל קרינה לסוגיה, וכן הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיכונים הכרוכים בדרכי טיפול אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות לרבות כאב ראש, בחילה ו/ או הקאות ואי נוחות בימים הראשונים לאחר הניתוח, שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים ובעיקר נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע, דימום, אוטם מוחי באזור הניתוח, בצקת מוחית, התקפים אפילפטיים, הידרוצפלוס (הצטברות נוזל המוח), דליפת נוזל המוח, זיהום בפצע הניתוח ו/ או דלקת קרום המוח. הוסבר לי והבנתי שיתכן צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיכונים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים 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 אחריו, 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 לצפות כעת, בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים / ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

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. 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 כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הניתוח, חלקו או כולו, בהרדמה מקומית, כדי לאפשר ניטור של תפקודים נוירולוגיים כגון דיבור ותנועה תוך כדי הניתוח. אני מאשר כי הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית, ובעיקר פרכוסים בזמן הניתוח וכן תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות לחומרי ההרדמה המקומית. הובהר לי שאם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 בכפוף לחוק.

חתימת המנותח

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מחקי/ את המיותר