

טופס הסכמה: ניתוח בגישה טרנס-ספנואידלית

TRANS-SPHENOIDAL APPROACH

הסינוס הספנואידלי הוא חלל מעצמות בסיס הגולגולת, מעל האף. מעל לסינוס, בתוך חלל הגולגולת, נמצאת בלוטת יותרת המוח (היפופיזיה). מטרת הניתוח היא להגיע דרך האף לאזור ההיפופיזיה, כדי לקחת דגימה (ביופסיה) מגידול או כדי להוציאו, או כדי לתקן דליפה של נוזל המוח. הגישה לסינוס הספנואידלי מתבצעת דרך האף, דרך אחד הנחיריים או דרך חתך תחת לשפה העליונה בפה. כדי למנוע דליפת נוזל המוח אל חלל הסינוס בתום הניתוח, ממלאים אותו בדבק ביולוגי, ו/או בשומן ו/או בשריר הנלקחים מדופן הבטן או מקדמת הירך. על פי הצורך מוכנסת צינורית עדינה לתעלת השדרה בגב התחתון, לניקוז נוזל המוח לימים מספר. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית. לאחר הניתוח באזור בלוטת ההיפופיזיה יתען צורך בטיפול תרופתי, זמני או קבוע. כתחליף להורמונים חסרים. במקרה של הוצאה חלקית של גידול, יתכן צורך להשלים הוצאתו בנייתו נוסף, לא דרך האף אלא דרך הגולגולת, ו/או טיפול משלים בהקרנות.

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 בגישה טרנס-ספנואידלית. (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיכונים הכרוכים בטיפולים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי ועל תופעות הלוואי הצפויות, לרבות: כאב ואי נוחות בשפתיים ובאף, נפיחות ודימום בחניכיים ובאף והפרעה בנשימה דרך האף, החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים, וכן על אפשרות של הפרעה בחוש הריח והטעם, ו/או הפרעה בהפרשת הורמונים, ובעיקר ההורמון האנטי דיורטי, הגורמת להשתנה מרובה ולצמא, שיחלפו בדרך כלל תוך כמה שבועות. הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים של הניתוח העיקרי, כמו דליפת נוזל המוח לאף או ללוע, פגיעה זמנית או קבועה בהפרשת אחד או יותר מהורמוני ההיפופיזיה, וצורך בטיפול תרופתי תחילתי זמני או קבוע, זיהום של פצע הניתוח או של קרומי המוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, עיוות זמני או קבוע בצורת האף ו/או במחיצת האף ונקב זמני או קבוע במחיצת האף. כן הוסברו לי הסיכונים הנדירים מאוד כמו דימום מוחי, אוטם מוחי, עיוורון ונזק נוירולוגי קל וחמור, זמני או קבוע. הוסבר לי כי יתכן שיהיה צורך בנייתו חסרים נוספים כטיפול בסיכונים אלה.

הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול הניתוח להסתיים במוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופוציפיט ניגנים 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 סיכון 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, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת. 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 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. אני יודע/ת ומסכים/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 החולה
				חתימת האפוסטרופוס
				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' רישון