

טופס הסכמה: ניתוח כריתת דיסקה בעמוד שידרה מותני

DISCECTOMY

הניתוח מתבצע לצורך שחרור לחץ משורש עצב או שק הדורה על ידי הוצאת דיסקה סחוסית קרועה ו/או מנוונת, שפורצת ממקומה בין החוליות וגורמת לכאבים ו/או סימני קיפוח עיצבי. הניתוח מתבצע דרך חתך באזור הגב התחתון תוך הפרדת רקמות והסטת הקרום העוטף את חוט השדרה. במידת הצורך תיתכן הוצאה חלקית או שלמה של קשת חוליה (Laminectomy).

שם החולה:	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 לכריתת דיסקה בין חולייתית מותנית (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 והסיבוכים הכרוכים בטיפול אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, לרבות כאב ואי נוחות, החולפים בהדרגה. הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל שידרה המתרחשת לעיתים רחוקות, ובמקרים של למינקטומיה אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים 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 ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים תחתונים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו, ולבצע למינקטומיה ו/או דיסקטומיה נוספת ו/או לקבע את החוליות ובמקרה שמדובר בניתוח חוזר, גם לסלק צלקת מהניתוח הקודם, או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים 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 ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או נדרשים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז ססיות דם, וקריופרציפיטט ניגנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לזוריד, 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. הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן על ידי מרדים. אני יודעת/ע 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.

תאריך	שעה	חתימת החולה
		חתימת האפוטרופוס (קירבה)
		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס 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	חתימה	מס' רשיון
------------	-------	-----------

* מחק את המיותר

