

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת גידול בחוט השדרה

REMOVAL OF SPINAL TUMOR

כריתת גידול בחוט השדרה כרוכה בהסרת הקשת הגרמית האחורית (למינה) של חוליה אחת או יותר. כדי לחשוף גידול הנמצא בתוך שק הדורה (הקרום העוטף את חוט השדרה) יש צורך בפתיחת קרום הדורה. תיתכן הוצאה חלקית של הגידול או ביופסיה ממנו בלבד, בהתאם לשיקולי המנתח. בתום הניתוח נתפר שק הדורה, לעיתים בעזרת טלאי מיוחד, אך אין מחזירים את קשתות החוליות שהוסרו כיוון שהשרירים מהווים הגנה מספקת. יתכן שבתום הניתוח יושאר בגב נקז עדין, שינקז את נוזל השדרה לשקית חיצונית במשך מספר ימים, כדי לאפשר ריפוי מהיר של החתך. על פי סוג הגידול ומידת כריתתו, יתכן שיהיה צורך בנייתו נוסף, או בהשלמת הטיפול בעזרת קרינה ו/או כימותרפיה. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח/ת:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת גידול בחוט השדרה (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 התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, בעיקר כאב ואי נוחות, שצפויים לחלוף בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי, שהם דמם, זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל שידרה, נזק נוירולוגי קל או קשה, כולל שיתוק חולף או קבוע של הגפיים מתחת לאזור המנותח, ואי שליטה על סוגרי השתן והצואה. הובהר לי שהסיכון לסיכונים אלה גבוה יותר כשהגידול נמצא בתוך חוט השדרה. הובהר לי שיתכן שיהיה צורך בנייתו נוסף כטיפול בסיכונים אלה, ושיתכן צורך בהכנסת נקז שדרתי לימים אחדים. הוסברה לי האפשרות שבמשך הזמן עלולה להתפתח אי יציבות בין החוליות המנותחות שיתכן שתטופל על ידי ניתוח לקיבוען.

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, לסלק צלקת מהניתוח הקודם, לבצע קיבוע חוליות, או הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיכונים שלא ניתן לצפותם כעת, 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 טסיות דם, וקריורציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מהלה 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 להדירת 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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית ו/או אזורית, ושהסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/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 שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המנתח
שם האפוסטרופוס והקירבה (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
חתימת האפוסטרופוס		
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס 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	מס' רישיון	חותמת וחותימה
* מחק/י את המיותר.		

ט' 0175 /ינואר 2010

