

טופס הסכמה : ניתוח לניקוז המטומה תת דורלית כרונית

DRAINAGE (REMOVAL) OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA

המטומה תת דורלית כרונית היא הצטברות דם מתחת לדורה, הקרום הקשה העוטף את המוח. מטרת הניתוח היא לנקות את הדם כדי למנוע לחץ על המוח, אשר עלול לסכן חיים. ניקוז המטומה נעשה דרך חור קידוח אחד או יותר מעצם הגולגולת. לעיתים, על פי צורך, מוכנס נקז חיצוני או מספר נקזים, המתחברים למערכת איסוף חיצונית למספר ימים. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית על פי שיקול הרופאים.

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	שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בניקוז המטומה תת דורלית כרונית בצד ימין/ שמאל/ דו צדדי * (להלן: "הניתוח העיקרי").
 הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות תופעות הלוואי שלהן והסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.
 אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות לרבות: כאב ראש, אי נוחות, בחילה ו/או הקאות החולפים תוך זמן קצר מהניתוח. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: חסימת הנקז וצורך בשיטתו או בהחלפתו; דימום באזור הניתוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, זיהום ו/או מורסה באזור הניתוח, דלקת קרום המוח, ובמקרים נדירים נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע. כמו כן הוסברה לי האפשרות של הצטברות חוזרת של הנוזל התת דורלי לאחר הוצאת הנקז, וצורך בניקוז חוזר, דרך חורי הקידוח הקיימים, או בפתיחה נרחבת יותר של הגולגולת (קרניוטומיה). הוסבר לי שיתכן שיהיה צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיכונים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים יתכן מוות מסיכונים אלה.

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 לשנתו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות 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 או מיד לאחריו.
 הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי סיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
 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 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 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 הבינן/ה את הסברי במלואם.
				שם הרופא/ה
				מס' רישיון
				חתימה וחותמת ת הרופא/ה

*מחקי את המיתור