

טופס הסכמה : ניתוח לסגירת מפרצת מוחית

Clipping of Brain Aneurysm

מפרצת מוחית היא שלוחה דמוית בלון היוצאת מדופן עורק במח. קיים סיכון שיווצר קרע בדופן המפרצת והיא תדמם, מצב העלול לסכן חיים. כדי למנוע דימום כזה, יש לחסום את מוצא המפרצת מן העורק. כאשר לא ניתן לחסום את המפרצת בעזרת צנתור, יש לנתח. בניתוח מורמת לוחית עצם בגולגולת, ולאחר איתור המפרצת וחשיפתה, מונח על צווארה אטב מתכתי קטן, החוסם את מעבר הדם אל תוכה. האטב מושאר במוח לצמיחות ואינו מהווה בעיה. לוחית עצם מוחזרת למקומה, או מוחלפת בחומר סינתטי (אקריליק). במקרים נדירים תוחזר העצם רק מאוחר יותר, בניתוח נוסף. ולאחר הניתוח יתכן שיושאר נקז חיצוני למספר ימים, שישמש למדידת לחץ חוץ גולגלתי ולניקוז נוזל המוח. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח :

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

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

על הצורך בביצוע ניתוח לסגירת מפרצת מוחית. (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרך הטיפול החלופית האפשרית, תופעות הלוואי שלה והסיכונים והסיכונים הכרוכים בה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי ועל תופעות הלוואי כמו כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסבר לי הסיכונים האפשריים, כמו דימום, חסימה של כלי דם במוח ואוטם מוחי, נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע, זיהום מקומי, דלקת קרום המוח, דליפת נוזל המוח, הידרוצפלוס (הצטברות נוזל המוח). הובהר לי שיתכן צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיכונים אלה. כמו כן הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול הניתוח להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני צהיר / ה ומאשר / ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או אחריו, יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות כמו מעקף כללי דם במוח או הכנסת מערכת מנקזת של נוזל המוח, חיצונית או פנימית, או פעולות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי בתי החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.

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 לנוהלי 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.

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
	שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
	אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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' רשיון

*מחק/י את המיותר