

טופס הסכמה : ניתוח עמוד שדרה מותני

LUMBAR SPINE SURGERY

שינויים ניווניים ודלקתיים בחוליות מותני / או בדיסקות שבינהן, יכולים לגרום לחץ מתקדם של חוט השדרה ועצביו, ולהפרעה ביציבות עמוד השדרה מותני. לחץ זה גורם לכאבים ונזק נוירולוגי מתקדם. מטרת הניתוחים היא לעצור את התקדמות הכאב והנזק הנוירולוגי ולייצב את עמוד השדרה מותני. לחץ קדמי על חוט השדרה נגרם מגופי החוליות ומהדיסקות ביניהן. לחץ אחורי נגרם משינויים בקשתות החוליות. הניתוח מכונן לסילוק הדיסקות וחלקי החוליות המעורבים ביצירת הלחץ על העצבים. הוצאת הדיסקות (דיסקטומיה) וקשתות חוליה (למיניקטומיה) בעמוד השדרה המותני מתבצעת בגישה אחורית, בקו אמצע של הגב התחתון. הוצאת גופי חוליה (קורפורקטומיה) מתבצעת בגישה קדמית / או צידית דרך חלל הבטן. כדי למנוע אי יציבות בין החוליות, או כטיפול באי יציבות קיימת, מתבצע קיבוע של החוליות, בגישה אחורית / או גישה קדמית על פי הצורך. ללחשגת היציבות מוכנסים לרווח שנוטר לאחר הוצאת הדיסקות וגופי החוליות שתל עצם הנלקח מרכז האגן, או תחליפי עצם סינתטיים מחומרים שונים, או כלובי עצם המכילים חומרים מעודדי צמיחת עצם. קיבוע החוליות לאורכן יכול להיות קדמיו/ או אחורי / או צדדי, והוא נעשה תוך שימוש במוטות / או לוחיות מתכת המוצמדות לחוליות על ידי ברגים.

לאחר כל ניתוח מושאר ניקוז חיצוני לזמן קצר. לאחר ניתוח לקיבוע חוליות, צפויה הגבלה קלה או קשה בתנועות הגב התחתון, על פי מידת הקיבוע. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח:

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

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

על צורך בביצוע ניתוח דיסקטומיה / קורפורקטומיה/ קיבוע/ חמי קטומיה* בעמוד השדרה המותני. (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות בגב או בבטן והפרעה בפעולת המעיים, כאב / או הפרעה בתחושה ברגליים / או בפלג הגוף התחתון, שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות דמם באזור הניתוח, זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל השדרה, דלקת קרום המוח, איחוי לקוי של החוליות ואפשרות של אי יציבות של עמוד השדרה המותני, פגיעה בכלי דם או באיבר אחר בבטן, נזק נוירולוגי קל או חמור, זמני או קבוע, ברגלים / או בסוגרים. הוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיכונים האלה. כמו כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שלמרות הניתוח, יתכן שכאבים ונזק נוירולוגי קיים לא יחלפו. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע את הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו, או לבצע תהליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות / או טיפול בסיכונים 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 ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או נדרשים במהלך הניתוח העיקרי או מיד 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 /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 /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.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. 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 שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המנותח
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

* מחקי/ את המיותר