

טופס הסכמה: ניתוח עמוד שדרה צווארי

CERVICAL SPINE SURGERY

שינויים ניווניים ודלקתיים בחוליות הצוואר ו/ או בדיסקות שבינהן, יכולים לגרום ללחץ מתקדם על חוט השדרה ועצביו, ולהפרעה בייצוב עמוד השדרה הצווארי. לחץ זה גורם כאב ונזק נייורולוגי מתקדם. מטרת הניתוחים היא לעצור את התקדמות הכאב והנזק הניורולוגי ולייצב את עמוד השדרה הצווארי. לחץ קדמי על חוט השדרה נגרם מגופי החוליות ומהדיסקות ביניהן. לסילוקם, מתבצע ניתוח בגישה קדמית, בצד הצוואר. בניתוח זה, מסירים חלק מגוף חוליה או את כולה (קונפורקטומיה), ו/או את הדיסקה הנמצאת בין החוליות (דיסקטומיה) לחץ אחורי על חוט השדרה נגרם מקשת החוליה, ובניתוח המתבצע מאחור מוסרת קשת החוליה (למיקטומיה). כדי למנוע אי יציבות בין החוליות או כטיפול באי יציבות קיימת מוכנסים לרווח לאחור הוצאת הדיסקות וגופי החוליות שתל עצם, או תחליפי עצם סינתטיים מחומרים שונים, או כלובי עצם המכילים חומרים מעודדי צמיחת עצם.

קבוע החוליות לאורכן יכול להיות קדמי או אחורי, או בין החוליות לגולגולת, תוך שימוש בתיילי מתכת וברגים מיוחדים. במקרים נדירים משולבות שתי הגישות הקדמית והאחורית.

לאחר כל ניתוח מושאר נקז חיצוני לזמן קצר, וצווארון סביב לצוואר לתקופת ההחלמה. לאחר ניתוח לקיבוע חוליות, צפויה הגבלה קבועה, קלה או קשה, בתנועות הצוואר על פי מידת הקיבוע. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
אני מצהיר/ ה ומאשר / ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בביצוע ניתוח דיסקטומיה / קורפורקטומיה / קיבוע למיקטומיה * בעמוד שדרה צווארי (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בניסיונות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות בצוואר וכן צרידות והפרעות בבליעה שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות דמם בצוואר. זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל השדרה, דלקת קרום המוח, איחוי לקוי של החוליות ואפשרות של אי יציבות של עמוד השדרה הצווארי, פגיעה בכלי דם בצוואר, בוושת. נזק זמני או קבוע בעצבוב מיתר קול, נזק נייורולוגי קל או חמור, זמני או קבוע כולל בגפים, בסרעפת ובסוגרים. הוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיבוכים אלה. כמו כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שלמרות הניתוח, יתכן שכאבים ונזק נייורולוגי קיים לא יחלפו. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו, או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/ או טיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם. אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או לביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או נדרשים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרזיפיטט 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, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים 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 המנותח
-------	-----	--------------

שם האפוסטרופוס וקירבה (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 אחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חתימה וחתימת הרופא/ה

מס' רשיון

שם הרופא/ ה

*מחק את המיותר



