

# טופס הסכמה: ניתוחים של יותרת המוח (היפופיזה) והסינוס הספנואידלי בגישה טרנס-ספנואידלית

## HYPOPHYSEAL AND SPHENOID SINUS SURGERY USING TRANS-SPHENOIDAL APPROACH

הניתוח מתבצע לצורך הוצאת דגימה (ביופסיה) או גידול, מבלוטת יותרת המוח או בקרבתה. כמו כן מתבצע הניתוח לצורך חסימת הסינוס הספנואידלי במקרה של דליפת נוזל המוח בעקבות שברים או ניתוחים באזור זה. הניתוח מתבצע דרך אחד הנחיריים או בחתך מתחת לשפה העליונה, באמצעות הכנסת מכשיר לחלל האף ומשם לסינוס הספנואידלי. כדי למנוע דליפת נוזל המוח מן האף לאחר הניתוח, יש צורך, במקרים מסויימים, למלא את הסינוס ברקמת שומן ו/או שריר הנלקחים מדופן הבטן או מהירך, יחד עם דבק ביולוגי. בנוסף, לעיתים, מוכנס בזמן הניתוח או מיד לאחריו, קנז זמני לתעלת השדרה, לניקוז נוזל המוח. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

על הצורך בביצוע ניתוח \_\_\_\_\_ בגישה טרנס-ספנואידלית. (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, וכן שלעתיים יכול להתעורר צורך בניתוח משלים נוסף, דרך הגולגולת, בשלב מאוחר יותר.

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 תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות בשפתיים ובאף, נפיחות ודימום מהחניכיים והאף, החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים, וכן הפרעה חולפת בנשימה דרך האף.

הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי: דליפת נוזל המוח, כאבי ראש, שתייה והשתנה מרובה בשל ירידה זמנית או קבועה בהורמון האוגר מים בגוף, זיהום בפצע הניתוח או בקרומי המוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, ועיוות זמני או קבוע בצורת האף או במחיצת האף.

הוסבר לי כי סיכונים אלה עלולים לדרוש בעתיד ניתוחים נוספים לתיקונם, או טיפול (זמני או קבוע) בתרופות תחליף להורמונים חסרים. כן הוסברו לי הסיכונים הנדירים מאוד לרבות: דימום תוך מוחי, עיוורון, ו/או פגיעה מוחית אחרת ו/או דלקת קשה במיוחד של קרומי המוח והמוח עצמו העלולים להסתיים במוות.

אני נתן/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 יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות 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.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי טאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי טסיות דם, וקריופראציפיטט 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 לחידרת 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 מסויימים 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 הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\*מחקי את המיותר