

טופס הסכמה: הסרת נגע בעור REMOVAL OF CUTANEOUS LESION

הסרת נגע בעור או ברקמה התת עורית נעשית לצורך אבחנה, טיפול, או לצורך שיפור מראה אסתטי או נוחות. הנגעים יכולים להיות שפירים או בעלי תכונות ממאירות. בחירת השיטה להסרת הנגע תלויה בגודל הנגע, צורת בסיס, מראהו ומיקומו בגוף, ובאם הנגע חשוך למאירות. בכל מקרה של הסרת נגע תיוותר צלקת בדרגות שונות.

השיטות המקובלות להסרת נגע הן: כריתה כירורגית עם או בלי בקרה היסטופתולוגית מהירה, כריתת הנגע לפי שיטת מוז (MOHS), ושיטות הסרה אחרות: גירוד הנגע וצריבה במחט חשמלית, צריבה בלייזר, הקפאה בחנקן נוזלי או הקרנה. השיטה להסרת הנגע נבחרת בהתאם לסוג הנגע ולהתוויות המקובלות.

במקרים של כריתה כירורגית, יושפע היקף הכריתה מתכונות הנגע שהוזכרו. במקרים אלה ישוחרר אזור החסר ע"י קירוב שולי החתך ותפירתם (תפירה ראשונית). במקרה של חסר שאינו ניתן לשחזור ע"י תפירה צד לצד, ישוחרר אזור הכריתה ע"י הזזת עור מאזור סמוך (מתלה) או באמצעות השתלת עור שנלקח מאזור אחר (שתל). גודל הצלקת הנוותרת עשוי להיות עד פי שלושה מגודל בסיס הנגע במקרה של תפירה ראשונית, או גדול יותר במקרה של שחזור על ידי מתלה או שתל. הוצאת התפרים מתבצעת, בדרך כלל, עד כשבועיים לאחר הכריתה, בהתאם לאזור הכריתה. במקרים בהם לא מתבצע שיחזור (תפירה) של שולי הכריתה, נותר פצע הניתוח פתוח לריפוי משני שנמשך, בדרך כלל, מספר שבועות. צורת הצלקת הנוותרת תלויה באזור בו בוצעה הכריתה, מבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה.

הסרת הנגע מתבצעת, בדרך כלל, בהרדמה מקומית ולעיתים רחוקות ביותר בהרדמה אזורית או כללית. קיימים מקרים בהם יש צורך בכריתה מורכבת ו/או חזרת של אזור הנגע, בהתאם לתשובה פתולוגית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הסרה של נגע באזור _____ בשיטה _____ (להלן "הטיפול העיקרי").

ציין את מקום הנגע _____ ציין את השיטה _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, הסרת הנגע בשלמותו או ברובו, וכן על צורת הצלקת. הוסברו לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשריות להסרת הנגע, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הבדיקות והתהליכים הקשורים בהן, והתאמתן לנגע הספציפי. כמו כן הוסבר לי יתרונה של השיטה שנבחרה להסרת הנגע על פני החלופות האפשריות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. הובהר לי שבכל מקרה תיוותר צלקת באזור ממנו הוסר הנגע. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים, אי קליטת המתלה או השתל, צלקות בולטות, שינויים בפיגמנטציה ופגיעה בעצבים פריפריים. סיכונים אלה אינם שכיחים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי כי עירוני דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוני 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 לעירוני 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 בכנק 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 עירוני דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול 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 בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס* של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רישון _____

* מחקי את המיותר