

טופס הסכמה: לניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז הינו שיטה ייחודית לטיפול בסרטן העור. הניתוח נקרא על שם ממציאו ד"ר פרדריק מוז. שיטת הניתוח יעילה ברוב סרטני העור אך נעשה בה שימוש בעיקר לטיפול בסרטן תאי בסיס (BASAL CELL CARCINOMA) וסרטן תאי קשקש (SQUAMOUS CELL CARCINOMA). ניתוח מוז מתבצע בהרדמה מקומית ולעיתים רחוקות מאוד מתבצע בהרדמה כללית. במהלך הניתוח נכרתת הרקמה הנגועה בשכבות דקות בהיקף ובעומק הרקמה. הרקמה שהוצאה עוברת מיפוי ועיבוד במעבדה הסמוכה לחדר הניתוח בשיטת החתכים הקפואים ונבדקת במיקרוסקופ על ידי המנתח. כריתות נוספות של שאריות הרקמה הסרטנית מתבצעות באותה הצורה עד לזיהוי רקמה בריאה במיקרוסקופ. בתום הניתוח מתבצע שיחזור של האזור הפגום. השיחזור מתבצע באמצעות תפירת העור צד לצד, אם ניתן, או על ידי הזזת עור מאזור סמוך אל האזור הפגום (מתלה), או על ידי השתלת עור שנלקח מאזור מרוחק. זמן ההחלמה לאחר הניתוח עד להוצאת התפרים הוא בדרך כלל בין 7 ל- 14 ימים. במקום הניתוח נותרת צלקת. במקרים רבים היא עדינה וכמעט בלתי נראית ובמקרים מסוימים יותר בולטת. צורת הצלקת תלויה גם במבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה וחולה.

שם החולה: _____

שם פרטי _____

שם משפחה _____

שם האב _____

שם פרטי _____

שם משפחה _____

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

על ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז באזור _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

(ציין/י את מקום הניתוח)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, שניתוח בשיטת מוז מאפשר שיעורי ריפוי גבוהים ביותר, שיעורי הישנות נמוכים ביותר של הגידול ומאפשר שמירה מרבית על רקמה בריאה אשר מקטינה את הפוטנציאל לצלקת או לעיוות. הובהר לי כי לא ניתן להעריך טרם הניתוח את ממדי הכריתה וחוסר הרקמה שיוותר לאחר הניתוח העיקרי; לעיתים קרובות חוסר הרקמה הינו גדול הרבה יותר מגודל הגידול הנראה לעין טרם הניתוח העיקרי. הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות: כריתה ללא בקרה מיקרוסקופית, הקפאה בחנקן נוזלי, הקרנה מקומית או הרס הגידול על ידי לייזר, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה והבדיקות והתהליכים הקשורים בהם. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים במהלך הניתוח העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים ואי קליטת המתלה או השתל כתוצאה מהסיכונים שהוזכרו. סיכונים אלה אינם שכויים.

סיכונים נוספים בתלות בניחות

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיט ניטנים 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, סיכונים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים 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, וכי האחראי על הניתוח יהיה* _____

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדום.

תאריך _____

שעה _____

חתימת החולה _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____

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 _____

* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

** מחק/י את המיותר

חתימת החולה _____

חתימה _____

מס' רשיון _____

שם הרופא/ה _____

* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

** מחק/י את המיותר

חתימת החולה _____

חתימה _____

מס' רשיון _____

שם הרופא/ה _____

* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

** מחק/י את המיותר

חתימת החולה _____

חתימה _____

מס' רשיון _____

שם הרופא/ה _____

* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

** מחק/י את המיותר

חתימת החולה _____

חתימה _____

מס' רשיון _____

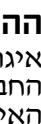
שם הרופא/ה _____

* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

** מחק/י את המיותר



ההסדרות הרפואית בישראל
איגוד ישראל לכירורגיה פלסטית
החברה הישראלית לכירורגיה דרמטולוגית
האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין



MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה