

טופס הסכמה: הוצאה מלעורית של אבני כליה PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (PCNL)

הגישה המלעורית לצורך הוצאה וריסוק של אבני כליה (PCNL), מתבצעת על ידי יצירת תעלה והחדרת מכשיר לכליה (נפרוסקופ) באזור המותן. דרך המכשיר מוחדרים אביזרים שונים ובאמצעותם מורחקות האבנים. בחלק מהמקרים לא ניתן לשלוף את האבן בשלימותה או להוציא את כל האבנים בפעם אחת ויהיה צורך לחזור על הפעולה או לבצע פרוצדורות נוספות כמו שימוש במכונה לריסוק חוץ גופי (ESWL). יתכן גם כשלון בהחדרת המכשיר לכליה. בתום הפעולה יוחדר צנתר שישמש כנקז (נפרוסטום) למשך מספר ימים.

הפעולה מבוצעת בהרדמה מקומית, אזורית או כללית.

לעיתים קרובות יש צורך בהסתכלות נוספת (SECOND LOOK) דרך תעלת הנפרוסטומיה לצורך הוצאת פירורי אבנים שנותרו לאחר הריסוק הראשון. פעולה זאת נעשית, בדרך כלל, ללא הרדמה. מספר ימים לאחר הניתוח מוצא הצנתר (נפרוסטום) והפתח בעור נסגר בדרך כלל תוך מספר ימים נוספים.

שם החולה:

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

על ניתוח להוצאה מלעורית של אבני כליה (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, כולל ניתוח פתוח וריסוק חוץ גופי של האבנים (ESWL), והסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות במותן, תכיפות וצריבה בהטלת שתן ושתן דמי. במצבים בהם צפויה הפרעה במעבר השתן מהכליה לכיס השתן, יושאר צנתר בשופכן למשך מספר שבועות. במקרים בהם נמשכת דליפת שתן דרך הפתח בעור, יוכנס צנתר לכיס השתן ו/או לשופכן למשך מספר ימים כדי לאפשר את סגירת הפתח.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום; זיהום בדרכי השתן או במקום החדרת הנפרוסטום; פגיעה במערכת השתן המאספת ו/או פגיעה באברים אחרים שלעיתים יצריכו מעבר לניתוח פתוח לצורך תיקון הפגיעה. הסיכונים המתייחסים למערכת השתן עלולים לגרום, במקרים נדירים, לאובדן הכליה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים 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 נוספות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירו דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריורציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירו G 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 לעירו נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

הנהלת בית החולים

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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה אזורית או כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח כי ייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך שעה חתימת המטופל

שם האפוסטרופוס חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה מס' רשיון