

טופס הסכמה: ניתוח בעורק התרדמה

INTERNAL CAROTID ENDARTERECTOMY OR BYPASS

היצרות בעורק התרדמה הינה גורם סיכון להארעות שבץ מוחי. ניתוח בעורק התרדמה נועד להקטין את הסיכון לאירוע מוחי עתידי. דרגת הסיכון גדולה ככל שגדל שיעור ההיצרות. בהיצרות של 70% או יותר, יש יתרון לטיפול ניתוחי על פני המשך טיפול שמרני להקטנת הסיכון לאירוע מוחי.

הסיכון בניתוח קשור גם לדרגת ההיצרות של עורק התרדמה בצד שני, מידת ההפרעות שנגרמו בגין היצרותו, וכן למחלות נלוות, בעיקר מחלות לב. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או באמצעות חסם עצבי אזורי.

שם החולה:

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

על הצורך בביצוע ניתוח _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות וכן האפשרות כי ב- 10%-15 של הניתוחים תיתכן היצרות חוזרת שתופיע חודשים או שנים לאחר הניתוח. בחלק מהמקרים יהיה צורך בניתוח חוזר. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום ופגיעה בעצבים של הלשון, זווית הפה ומיתרי הקול. הוסבר לי כי במהלך הניתוח העיקרי או לאחריו, קיימת סכנה של אירוע מוחי ו/או אירוע לבבי שעלולים לגרום לנכות בדרגות חומרה שונות ועד מוות. השיעור הכולל של הסיכונים החמורים הוא עד כ- 3 אחוזים. שיעור הסיכון עלול להיות גבוה יותר בהתאם למצב עורק התרדמה בצד השני וקיומן של מחלות נוספות.

אני מצהירה/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 לצפותן כעת בוודאות או במלואן אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט 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) - ובראיידס (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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית או באמצעות חסם עצבי אזורי, והסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

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.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
* מחקי את המיותר		