

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: טיפול ברדיוכירורגיה סטראוטקטית

STEREOTACTIC RADIOSURGERY

טיפול רדיוכירורגי סטראוטקטי הוא מיקוד מדויק של קרינה מייננת (רנטגן), חד פעמית, הנעשה בעזרת מחשב. המיקוד והדיוק המירבים מאפשרים פגיעה במטרה בלבד, תוך גרימת נזק מזערי לרקמות הסמוכות. מטרת הטיפול היא לעצור צמיחה של גידול במוח ו/ או להעלימו, וכן לסגור מום בכלי דם במוח (מום וסקולרי) העלול לדמם. לתכנון הטיפול הרדיוכירורגי יש צורך לבצע קודם בדיקות דימות של הראש כגון תהודה מגנטית (MR1) ו/ או טומוגרפיה ממוחשבת (CT). לצורך הטיפול הרדיו כירורגי מורכבת על הראש מסגרת מתכת מיוחדת, סטראוטקטית, שמטרתה למנוע תזוזה של הראש בעת הקרינה, ולאפשר ניווט הקרינה לשם פגיעה מדויקת במטרה. קיבוע הטבעת לראש מתבצע באמצעות ברגים קטנים, תחת הרדמה מקומית, ו/ או תוך הזלפת תרופת הרגעה לווריד. טיפול הקרינה עצמו נמשך כשעה. בתום הטיפול מוסרת המסגרת מן הראש, ויש צורך בהשגחה קצרה, לרוב בת מספר שעות.

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

שם פרטי

שם משפחה

על הטיפול הרדיו כירורגי **בגידול** במוח/ במום **וסקולרי** במוח* (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, כמו ניתוח, קרינה רגילה, צינתור טיפולי במעקב בלבד ועל תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן להסביר על התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, ובכלל זה האפשרות שהטיפול לא יעצור את התפתחות הגידול, או לא ימנע באופן מוחלט דימום ממום וסקולרי במוח, כיוון שתהליך ההצטלקות והחסימה של מום כזה יכול להמשך שנים. הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות בשל הרכבת המסגרת לרבות נפיחות סביב העיניים, אי נוחות וכאבים שיחלפו בהדרגה לאחר הסרתה. כמו כן אני מאשר/ת בזאת כי הוסבר לי הסיבוכים והסיכונים הכרוכים בהרכבת המסגרת, לרבות צלקות קטנות ו/ או זיהום באיזורי קיבוע המסגרת לראש אשר יתכן ויצריך טיפול אנטיביוטי פומי או דרך הוריד. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי גם תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות כאב ראש, בחילה ו/ או הקאות שיחלפו בהדרגה ולעיתים נשירת שיער זמנית או קבועה באזור ההקרנה.

כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות נזק נוירולוגי קל או קשה, זמני או קבוע, מפגיעה באזורים הסמוכים למטרה ושלעיתים נדירות יתכן שיהיה צורך בניתוח לכריתת רקמה שנפגעה. הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול להתפתח גידול משני, שפיר או ממאיר, באזור שהוקרן. הוסבר לי שהטיפול העיקרי הניתן לאשה הרה, עלול לגרום לנזק לעובר. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירווי 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 לעירווי 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, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני יודעת/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 הכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

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

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

מס' רשיון _____

שם הרופא וחתימה _____