

מדבקת מטופל

טופס הסכמה : ניתוח בגישה טרנסספנואידלית TRANSSPHENOIDAL APPROACH

הסינוס הספנואידלי הוא חלל מעצמות בסיס הגולגולת, מעל האף.

מעל לסינוס, בתוך חלל הגולגולת, נמצאת בלוטת יותרת המוח

(היפופיזיה). מטרת הניתוח היא להגיע דרך האף לאזור ההיפופיזיה, כדי לקחת דגימה(ביופסיה) מגידול או כדי להוציאו, או כדי לתקן דליפה של נוזל המוח. הגישה לסינוס הספנואידלי מתבצעת דרך האף, דרך אחד הנחיריים או דרך חתך תחת לשפה העליונה בפה. כדי למנוע דליפת נוזל המוח אל חלל הסינוס בתום הניתוח, ממלאים אותו בדבק ביולוגי, ו/ או בשומן ו/ או בשריר הנלקחים מדופן הבטן או מקדמת הירך. על פי הצורך מוכנסת צינורית עדינה לתעלת השדרה בגב התחתון, לניקוז נוזל המוח לימים מספר. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית. לאחר הניתוח באזור בלוטת ההיפופיזיה יתען צורך בטיפול תרופתי, זמני או קבוע. כתחליף להורמונים חסרים. במקרה של הוצאה חלקית של גידול, יתכן צורך להשלים הוצאתו בניתוח נוסף, לא דרך האף אלא דרך הגולגולת, ו/ או טיפול משלים בהקרנות.

שם המנותח:

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

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

אני מצהירה/ ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות כנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהירה/ ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי ועל תופעות הלוואי הצפויות, לרבות: כאב ואי נוחות בשפתיים ובאף, נפיחות ודימום בחניכיים ובאף והפרעה בנשימה דרך האף, החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים, וכן על אפשרות של הפרעה בחוש הריח והטעם, ו/ או הפרעה בהפרשת הורמונים, ובעיקר ההורמון האנטי דיורטי, הגורמת להשתנה מרובה ולצמא, שיחלפו בדרך כלל תוך כמה שבועות.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, כמו דליפת נוזל המוח לאף או ללוע, פגיעה זמנית או קבועה בהפרשת אחד או יותר מהורמוני ההיפופיזיה, וצורך בטיפול תרופתי תחליפי זמני או קבוע, זיהום של פצע הניתוח או של קרומי המוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, עיוות זמני או קבוע בצורת האף ו/או במחיצת האף ונקב זמני או קבוע במחיצת האף. כן הוסברו לי הסיבוכים הנדירים מאוד כמו דימום מוחי, אוטם מוחי, עיוורון וניזק נוירולוגי קל וחמור, זמני או קבוע. הוסבר לי כי יתכן שיהיה צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיבוכים אלה.

הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול הניתוח להסתיים במוות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירו דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי טסיות דם, וקריופראציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירו לוויד, 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.

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.

הנהלת בית החולים

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.

אני מצהיר/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 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 שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

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.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

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 /לאפוטרופוסו 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 _____