

מדבקת מטופל

## טופס הסכמה: ניתוח לשחזור שד\*\* RECONSTRUCTION OF BREAST

ניתוח לשחזור שד מוצע לנשים לאחר כריתת שד. פעולת השחזור יכולה להתחיל מיד בסיום כריתת השד, באותו ניתוח, או במועד אחר. אפשרויות השחזור כוללות: שימוש בתותב, יצירת מתלה, שלוב של מתלה ותותב. השחזור יכול להתבצע בשלב אחד או בשלבים. בחירת העיתוי וטכניקת השחזור נעשים בהתאם לנתונים הפיזיים של האשה, היקף הכריתה, סוג השחזור, שיקולי המנתח והעדפות האשה. שחזור הפטמה והעטרה מתבצע בניתוח נפרד.

שם האשה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
_____	_____	_____	_____
_____	_____	שם פרטי	_____

על ניתוח לשחזור שד ימין/שמאל\* באמצעות השתלת תותב בלבד\*/ מתלה מהבטן/ מהגב\* ללא השתלת תותב\*/ מתלה מהבטן/ מהגב\* והשתלת תותב. השחזור ייעשה בשלב אחד / שלבים\*.

טכניקה אחרת, פרט \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

(מלא את הפרטים המתייחסים לניתוח הנוכחי) \*\* קיבלתי הסבר על סוגי התותבים:

הוסכם על השתלת תותב קבוע מסוג \_\_\_\_\_ בנפח של כ- \_\_\_\_\_ סמ"ק.

הוסכם על השתלת תותב זמני מסוג \_\_\_\_\_ שימולא עד לנפח של כ- \_\_\_\_\_ סמ"ק.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, והגבלה בתנועה באזורים המנותחים שבדרך כלל חולפים עם הזמן. הכאב באזור הוצאת המתלה(בטן או גב) עלול להמשך ולהיות בעל אופי כרוני ומלווה בקשיים בתפקוד. בניתוח עם יצירת מתלה תוותרנה צלקות גם באזור נטילת המתלה.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור/ הניתוח, שיצריך טיפול בזיהום עד כדי הוצאת התותב במקרים של שימוש בתותב. הוסבר לי שכאשר השחזור מתבצע באמצעות מתלה אפשריים סיבוכים כמו: פגיעה עצבית המתבטאת בליקויי תחושה או תנועה של האזור ממנו נלקח המתלה, ונמק חלקי או שלם של המתלה עד כדי אובדן השחזור. כאשר המתלה נלקח מהבטן, תתכן חולשה של דופן הבטן עד כדי בקע שלעיתים יצריך ניתוח מתקן. כאשר המתלה נלקח מהגב, תתכן חולשה של הזרוע בתנועות מסוימות.

כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים הקשורים בתותב, לרבות: דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחייה של התותב, שיצריכו ניתוח להוצאתו; התקשויות עקב היווצרות קופסית סביב התותב שתגרום לאי נוחות וכאב.

הובהר לי, שעד היום לא הוכח הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). הובהר לי ששחזור באמצעות תותב עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, והקרנות של שד המשוחזר באמצעות תותב עלולות לגרום להתקשות סביבו. קבלת טיפול כמותרפי וקרינת עוליים לפגום או לעכב את תהליך השחזור. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי.

הנהלת בית החולים

לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים 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) - 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. הוסבר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה 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 בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה \_\_\_\_\_

**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.

שם הרופא וחתימה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\*\* בנייתו המתבצע בשלבים יש להחתים את האשה על טופס הסכמה נפרד לכל ניתוח