

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: ניתוחים של יותרת המוח (היפופיזה) והסינוסהספנואידלי בגישה טרנסספנואידלית

HYPOPHYSEAL AND SPHENOID SINUS SURGERY USING TRANSSPHEOIDAL APPROACH

הניתוח מתבצע לצורך הוצאת דגימה(ביופסיה) או גידול, מבלוטת יותרת המוח או בקרבתה. כמו כן מתבצע הניתוח לצורך חסימת הסינוס הספנואידלי במקרה של דליפת נוזל המוח בעקבות שברים או ניתוחים באזור זה. הניתוח מתבצע דרך אחד הנחיריים או בחתך מתחת לשפה העליונה, באמצעות הכנסת מכשיר לחלל האף ומשם לסינוס הספנואידלי. כדי למנוע דליפת נוזל המוח מן האף לאחר הניתוח, יש צורך, במקרים מסויימים, למלא את הסינוס ברקמת שומן ו/או שריר הנלקחים מדופן הבטן או מהירך, יחד עם דבק ביולוגי. בנוסף, לעיתים, מוכנס בזמן הניתוח או מיד לאחריו, נקז זמני לתעלת השדרה, לניקוז נוזל המוח. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

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

על הצורך בביצוע ניתוח _____ בגישה טרנס-ספנואידלית. (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, וכן שלעתים יכול להתעורר צורך בניית ממשלים נוסף, דרך הגולגולת, בשלב מאוחר יותר.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות **האשריות** בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות בשפתיים ובאף, נפיחות ודימום מהחניכיים והאף, החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים, וכן הפרעה חולפת בנשימה דרך האף.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי: דליפת נוזל המוח, כאבי ראש, שתייה והשתנה מרובה בשל ירידה זמנית או קבועה בהורמון האוגר מים בגוף, זיהום בפצע הניתוח או בקרומי המוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, ועיוות זמני או קבוע בצורת האף או במחיצת האף. הוסבר לי כי סיבוכים אלה עלולים לדרוש בעתיד ניתוחים נוספים לתיקונם, או טיפול(זמני או קבוע) בתרופות כתחליף להורמונים חסרים. כן הוסברו לי הסיבוכים הנדירים מאוד לרבות: דימום תוך מוחי, עיוורון, ו/או פגיעה מוחית אחרת ו/או דלקת קשה במיוחד של קרומי המוח והמוח עצמו העלולים להסתיים במוות.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהירה ומאשרת 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.

ידוע לי כי עירווי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם,

וקריופראציפטט 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 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. הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

אני יודעת/מסכים/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:

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 _____