

טופס הסכמה: ניתוח בצוואר

ניתוחים ברקמות הרכות של הצוואר מבוצעים לצורך אבחון ו/או כריתה של גידולים, גושים או ציסטות, לניקוז אבצסים וזיהומים ובהוראות נוספות. הניתוח מבוצע לרוב בהרדמה כללית ולעיתים בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

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

שם משפחה	שם פרטי

על הצורך בניתוח _____ בצד _____ בשל _____

להלן: "הניתוח העיקרי".

הובהר לי שקיימים מצבים בהם לא ניתן יהיה לכרות את הממצא בשלמותו. ההחלטה לגבי המשך הטיפול תתקבל בהמשך, בהתאם לנסיבות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות (שיכולה להיות ממושכת), הפחתה, לרוב זמנית, בתחושה בעור הצוואר והפנים.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום; דימום (שעלול להיות מסכן חיים); ניקוב הלוע, הושט, הקנה או הריאה; דליפה קבועה מאזור הניתוח (פיסטולה); התנפחות הפנים; פגיעה עצבית שעלולה לגרום להפרעה בתנועתיות הפנים, בהנעת הלשון, לקושי בבליעה, לקושי בנשימה, להפרעה או אובדן הקול, לחולשה בכתף או הגבלה בתנועת הכתף; קושי חמור בנשימה שעלול להצריך פיוס הקנה (טרכאוסטומיה); נזק מוחי בגלל פגיעה בעורק התרדמה.

הוסבר לי שבכל מקרה תוותר צלקת באזור הצוואר, אך תתכן גם ירידה קבועה בתחושה ואבדן עור. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלוטות).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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 בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה 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.

הוסבר לי שברוב המקרים הניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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		

