

מדבקת המטופל



רפאל רפאל
HOSPITALS | בתי חולים



טופס הסכמה ל

**ניתוח לכריתה שלמה/חלקית/אונתית של בלוטת התריס (בלוטת המגן)
Thyroidectomy (Lobectomy/Partial/Total)**

ניתוח לכריתת בלוטת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה שאינה מגיבה לטיפול שמרני, או קיומו של ממצא בבלוטה.
הניתוח נערך בהרדמה כללית ובמהלכו נכרת הממצא, הבלוטה או חלק ממנה.
לעיתים יושאר נקז באזור הניתוח. כאשר מתכוון ניתוח לכריתת אונה אחת קיימת אפשרות שיהיה צורך לכרות גם את האונה השנייה על סמך תשובה היסטולוגית בעת הניתוח או על סמך תשובה היסטולוגית מאוחרת שתצריך ניתוח נוסף.
בחלק מהמקרים נערכת כריתה מניעתית של בלוטות הלימפה באזור הצוואר. קיימת אפשרות שהחלטה על הכריתה תעשה במהלך הניתוח.
שם המטופל:

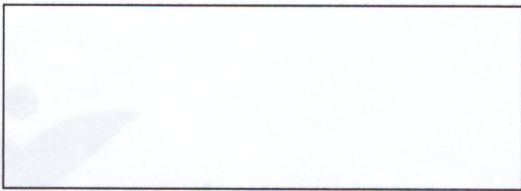
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':

שם משפחה	שם פרטי

תאריך	שעה	חתימת המטופל

על הצורך בביצוע כריתה שלמה/חלקית של בלוטת התריס/ממצא, להלן "הניתוח/פעולה העיקרי/ת".
כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.



מדבקת המטופל



רפאל RAPHAEL
בתי חולים | HOSPITALS



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/הפעולה העיקרית/ת לרבות כאב, אי נוחות והישארות צלקת ניתוחית בקדמת הצוואר. קיימת אפשרות כי יעלה צורך בנטילת תכשירים הורמונאליים חלופיים לפעילות הבלוטה מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום שלעיתים יצריך התערבות כירורגית חוזרת, זיהום באזור הניתוח, צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר, (Recurrent Laryngeal Nerve) ולעיתים נדירות שיתוק מיתרי הקול, הפרעות נשימה שלעיתים נדירות יצריכו פיום הקנה (Tracheostomy), ירידה ברמת הסידן בדם בשל פגיעה בבלוטות יותרת התריס (Parathyroid) שיצריך טיפול תרופתי ממושך או קבוע, נצור (Fistula) של נוזל לימפה בשל פגיעה בצינור המנקז, תסמונת הורנר (Horner's syndrome) הכוללת היצרות האישון, צניחת עפעף והפרעה במנגנון ההזעה הקורה בצורה נדירה מאוד, פגיעה בושט המתרחשת לעיתים נדירות.

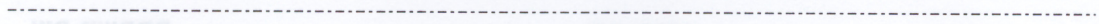
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח/הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הפעולה העיקרית.

הוסבר לי שהניתוח יתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח/הפעולה עיקרית וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

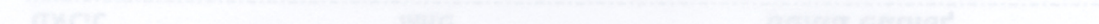
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/הפעולה עיקרית.



חתימת המטופל

שעה

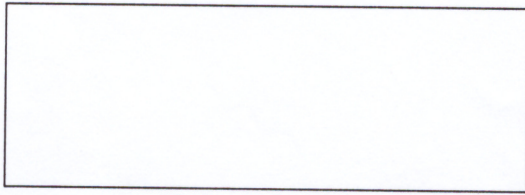
תאריך



חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס / למתרגם של מטופל את כל

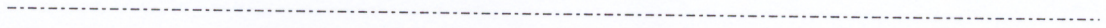


מדבקת המטופל

רפאל RAPHAEL
בתי חולים | HOSPITALS



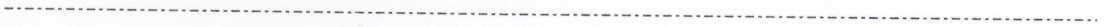
האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.



תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)



קשריו למטופל

שם המתרגם/ת