טופס הסכמה: כריתת גרון (שלמה או חלקית)
TOTAL/PARTIAL LARYNGECTOMY

כריתת גרון מבוצעת לרוב לשם סילוק גידול ממאיר. במקרים נדירים ההוראה יכולה להיות עקב מחלה כרונית, הפרעה תפקודית או בהוראה אחרת. לעיתים ילווה הניתוח גם בכריתה של קשרי הלימפה בצוואר ו/או של בלוטת התריס. ההחלטה על היקף הניתוח והצורך בטרכאוסטומיה (פיום קנה) תלויה בנסיבות המחלה ובהחלטת המנתח.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

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 _____

בשל _____ להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסבר לי שהניתוח כרוך בהפרעה בדיבור, או אובדן הקול, בהתאם להיקף הניתוח ולעיתים בביצוע טרכאוסטומיה (פיום הקנה) והזנה זמנית בזונדה. פיום קנה קבוע, משנה את אורח החיים ומצריך הדרכה ייעודית.

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

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, שעלול להתפשט לאברים נוספים, דימום עד כדי דימום מסיבי מסכן חיים, נקב בריאה, נקב בושט, פיסטולה הגורמת לדליפת רוק או מזון, דליפת נוזל לימפטי, קושי בבליעה, שאיפת רוק או מזון לריאות (בכריתת גרון חלקית). קושי בנשימה, אבדן חוש הריח, הפרעות בתפקוד המוח בגלל פגיעה בעורק התרדמה, פגיעה בבלוטת התריס או יותרת התריס, שעלולה לגרום להפרעות הורמונליות שיצריכו טיפול תרופתי קבוע, הפרעה בהנעת הלשון, התנפחות הפנים, ירידה קבועה בתחושה בעור הצוואר, נמק בעור הצוואר, ומוות במקרים נדירים.

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 שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית, והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו 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

* מחק/י את המיותר

ט' ספטמבר 2013/0000

MRM
ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ