

שם המוסד הרפואי / לוגו

שם המטופל  
 שם משפחה:  
 שם פרטי:  
 ת.ז.:

מדבקת המטופל

גרסה 09/22

טופס הסכמה ל

**דקומפרסיה מיקרו-וסקולרית / Microvascular Decompression (MVD)**

דקומפרסיה מיקרו וסקולרית (MVD) הינו ניתוח נירוכירורגי שנועד לטפל במחלות כגון: Trigeminal Neuralgia, Hemi-facial Spasm, Geniculate Neuralgia, Glossopharyngeal Neuralgia.

מהות הבעיה הרפואית: זהו מצב בו כלי דם מוחיים לוחצים על עצבי הגולגולת באופן פועם וכרוני וכתוצאה מכך נגרמים כאבים התקפיים קשים במחצית הפנים (במקרה של נירלגיה טריגמינאלית) או עוויתות בפנים (במקרה של עווית במחצית הפנים).

הניתוח מוצע לאחר אי הצלחה של טיפול שמרני תרופתי.

מטרת הניתוח הינה הפסקת הכאבים או הספאזם הנובעים מהלחץ של אחד מכלי הדם התוך גולגולתיים על העצב המעורב. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

במהלך הניתוח הגולגולת מקובעת על מנת למנוע תזוזות, החתך העורי נקבע לפי נקודות ציון אנטומיות, בניתוח מורמת לוחית עצם בגולגולת, (או הסרת עצם) ותחת המיקרוסקופ מבוצעת הפרדה של העצב הגולגולתי המעורב מכלי הדם הצמוד אליו ומונה חוצץ סינתטי ביניהם. לאחר מכן לוחית העצם מוחזרת למקומה, או מוחלפת בחומר ייעודי אחר. במקרים נדירים תוחזר העצם רק מאוחר יותר, בניתוח נוסף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניתוח מיקרו-דקומפרסיה (MVD) (להלן "הניתוח העיקרי"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי: המשך טיפול תרופתי ביעילות מוגבלת, פרוצדורות מלעוריות (אבלציה של הגנגליון הטריגמינאלי בעזרת בלון, צריבה חשמלית או הזרקת גליצרוֹל), רדיוכירורגיה סטראוטקטית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות (הפסקת הכאב/ספאזם) של הניתוח העיקרי ותופעות הלוואי כגון כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, חסימה של כלי דם או סינוסים וורידיים במוח, אוטם מוחי, חולשה או שיתוק על עצבי הגולגולת, נזק נירולוגי אחר קל או חמור, חולף או קבוע, זיהום מקומי, דלקת קרום המוח (מנינגיטיס), הידרוצפלוס (הצטברות נוזל המוח) פרכוס, ראיה כפולה, צרידות, קושי בבליעה, אי יציבות בהליכה, הפרעת שמיעה זמנית כתוצאה מהצטברות נוזלים באוזן התיכונה או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב השמע (1%). סחרחורת (2%), טנטון באוזן (2%), פגיעה חולפת או קבועה בעצב הפנים (פציאליס, 2%),



דלקת קרום המוח שאינה זיהומית (מנינגיטיס אספטית), דליפת נוזל המוח (1.5%). הימשכות הסימפטומים שבגינם בוצע הניתוח (5%), או חזרתם לאחר תקופה ארוכה (עד 20%). הובהר לי שיתכן צורך בנייתוחים נוספים כטיפול בסיבוכים אלה. כמו כן הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול הניתוח להסתיים במוות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה הרפואית של דקומפרסיה מיקרו- וסקולרית יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: הרחבת פתיחת הגולגולת לצורך ניקוז של דם תוך מוחי, השמת שתל עצם סינטטי, השארת נקזים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה ~~שהניגמת אפשרות שתוך מהלך ניתוח מרכז-דקומפרסיה~~ (MVD) יחייב את היקפו, לשנותו או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מרא שם המוסד הרפואי / לוגו

<b>שם המטופל</b>	
שם משפחה:	
שם פרטי:	
ת.ז.:	

מדבקת המטופל

שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

הניתוח יתבצע בהרדמה כללית הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה. ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שניתוח דקומפרסיה מיקרו-וסקולרית (MVD) 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 העיקרי.

	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
<b>תאריך</b>	<b>שעה</b>	<b>חתימת המטופל</b>		

חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)



