

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 12/20

טופס הסכמה ל

ניתוח לכריתת וושט / Esophagectomy

מהות הבעיה הרפואית - מרבית ניתוחי הוושט מבוצעים בשל סרטן וושט או סרטן מעבר וושט-קיבה שמהווים את הממאירות השישית בשכיחותה בעולם. במדינת ישראל, מדובר בממאירות נדירה יחסית (כ-2 מקרים מתוך 100,000 תושבים). כ-70% מהמטופלים מאובחנים עם גידול בשלב הלא גרורתי שהטיפול המומלץ בו כולל כריתת וושט בשילוב טיפול אונקולוגי.

התוויות נוספות לכריתת וושט:

א. גידולים שפירים של הוושט

ב. תהליכים ציסטים במיצר המערבים את הוושט

ג. התנקבות של הוושט משנית להקאות חוזרות, מחלה ממאירה, בליעת גוף זר, טראומה או משנית לפעולות אבחנתיות או טיפוליות אנדוסקופיות

ד. מחלות תנועתיות של הוושט לאחר כישלון של טיפול שמרנית (אכלזיה סופנית)

ניתוח כריתת וושט הינו ניתוח מורכב, וההחלטה לבצעו מתקבלת תמיד תוך שיקול דעת רב ובחינת חלופות אפשריות לרבות טיפולים שאינם ניתוחיים כגון טיפולים אנדוסקופים, תרופתיים ואונקולוגיים לפי הצורך. במרבית המקרים ככל שניתן, ההחלטה לבצע ניתוח לכריתת וושט מתקבלת לאחר דיון רב צוותי מקדים ומבוצע על ידי צוות שהוכשר לבצע ניתוחי כריתת וושט.

במהלך ניתוח לכריתת וושט מסירים את הוושט החזי, התוך בטני או את חלקו ומשחזרים את מערכת העיכול בעזרת הקיבה או מעי. ישנם סוגים שונים של ניתוחים לכריתת וושט. ההחלטה לגבי סוג הניתוח מתבצעת על ידי המנתח לפי שיקולים קליניים תוך לקיחה בחשבון את מצב המטופל וניסיון המנתח.

סוגי ניתוחים לכריתת וושט:

- א. כריתה של החלק המרוחק (דיסטלי) של הוושט: במהלך הניתוח נכרת החלק המרוחק של הוושט החזי כולל אזור המעבר וושט-קיבה. הניתוח מתבצע ב-2 שדות ניתוחיים: בבטן ובבית חזה. בסוף הניתוח שארית הוושט מחוברת לשארית הקיבה בבית חזה.
- ב. כריתה תת שלמה של הוושט: במהלך הניתוח נכרת כל הוושט החזי, כולל אזור המעבר וושט-קיבה. הניתוח מתבצע ב-3 שדות ניתוחיים: בבית חזה, בבטן ובצוואר. בסוף הניתוח שארית הוושט מחוברת לשארית הקיבה או המעי בגובה הצוואר.

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

- ג. כריתה תת שלמה של וושט בגישה טרנס-היאטלית (transhiatal esophagectomy): במהלך הניתוח נכרת כל הוושט החזי כולל אזור המעבר וושט-קיבה. הניתוח מתבצע ב-2 שדות ניתוחיים: בבטן ובצוואר. בסוף הניתוח שארית הוושט מחוברת לשארית הקיבה או המעי בגובה הצוואר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניתוח לכריתת וושט. **שם הניתוח:** _____ הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל טיפול תרופתי ומעקב או ניתוחים אחרים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, דימום, פגיעה באיברים סמוכים לרבות ריאה, קנה הנשימה, סימפונות, לב, טחול, מעי, פגיעה בצינוריות הלימפה ודרכי הלימפה, פגיעה בעצב החוזר הלארינגיאלי, צרידות, דלף מההשקה בין הוושט ושארית מערכת העיכול המשוחזרת, זיהום, דלקת ריאות, תסחיף ריאתי, מאורע לבבי ופקקת ורידים, ותופעות לוואי אחרות. חלק מתופעות הלוואי והסיכונים עלולים להצריך ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים.

הוסברו לי גם הסיכונים המאוחרים האפשריים, היכולים להתרחש שבועות, חודשים, או אפילו שנים לאחר הניתוח העיקרי כגון היצרות בהשקות, חסימת מעיים, קושי בהתרוקנות הקיבה, בקע בצלקת הניתוחית, בקע סרעפתי,



רפלוקס, צרידות. הוסבר לי והבנתי שסיבוכים אלו עלולים לחייב התערבויות או ניתוחים נוספים לתיקונם או לאשפוזים נוספים.

סיבוכים אלו עשויים לא להיות מאובחנים במהלך הניתוח העיקרי ולכן עלולים לחייב התערבויות או ניתוחים נוספים לשם תיקונם, בשלב מאוחר יותר.

כמו כן, הבנתי כי במקרים נדירים מאד עלולים הסיבוכים לאחר הניתוח העיקרי להוביל לתמותה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי לכריתת הוושט, 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 העיקרי או מיד לאחריו.

הוסבר לי ואני מבין/ה כי במקרים בהם הוחל הניתוח בגישה זעיר פולשנית אך לא ניתן להשלימו בגישה זו בשל קושי בזיהוי או קושי טכני בביצוע הניתוח, המנתח יעבור לניתוח "פתוח". אני מבין/ה כי מצב כזה אינו סיבוך ניתוחי, אלא נובע מהצורך לבצע את הניתוח בבטיחות המרבית לשלומי של המנותח/ת.

הוסבר לי והבנתי ששיתוף הפעולה שלי כולל מעקב תקופתי והקפדה על מילוי הוראות הצוות המטפל, כמו גם שינויים הכרחיים של הרגלי האכילה, מהווים תנאי להצלחת הניתוח ולמניעת סיבוכים אפשריים.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית. הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

ידוני לו ישאל המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי

<p style="text-align: center;">שם המטופל</p> <p>שם משפחה: _____</p> <p>שם פרטי: _____</p> <p>ת.ז.: _____</p>	<p style="text-align: center;">שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	---

מדבקת המטופל

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

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
--------------------------------	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
-------------	----------------

תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת
------------	----------------

