

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 12/20

טופס הסכמה ל

ניתוח לכריתת קיבה / Gastrrectomy

מהות הבעיה הרפואית- ניתוח לכריתת קיבה לרוב מתבצע בשל סרטן הקיבה, הממאירות החמישית בשכיחותה בעולם. במדינת ישראל, מדובר בממאירות נדירה יחסית (כ-13 מקרים מתוך 100,000 תושבים: כ-60-70% מהמטופלים מאובחנים עם גידול בשלב הלא גרורתי שהטיפול בו כולל כריתת קיבה יחד עם שילוב אונקולוגי.

התוויות נוספות לכריתת קיבה:

- א. גידולים שפירים של הקיבה.
- ב. התנקבות של הקיבה משנית למחלת כיב, מחלה ממאירה, בליעת גוף זר, טראומה או משנית לפעולות אבחנתיות או טיפוליות אנדוסקופיות.
- ג. בשילוב עם כריתת איברים סמוכים עקב גידולים החודרים גם לקיבה.
- ד. היצרויות ושינויים בתר ניתוחים לאחר ניתוחים קודמים בקיבה.

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

במהלך הניתוח לכריתת הקיבה, כורתים חלק מהקיבה או את כולה ומשחזרים את מערכת העיכול בעזרת מעי דק. ישנם סוגים שונים של ניתוחים לכריתת קיבה. ההחלטה לגבי סוג הניתוח מתבצעת על ידי המנתח לפי שיקולים קליניים תוך לקיחה בחשבון את מצב המטופל וניסיון המנתח.

סוגי ניתוחים לכריתת קיבה:

- א. כריתה של החלק המרוחק (דיסטלי) של הקיבה: במהלך הניתוח מוסרת בדרך כלל יותר ממחצית הקיבה. בסוף הניתוח שארית הקיבה מחובר לחלק מהמעעי הדק (השקה).
- ב. כריתה שלמה של הקיבה: כל הקיבה מוסרת, בסוף הניתוח הוושט מחובר לחלק מהמעעי הדק.

- ג. כריתה של החלק המקורב (פרוקסימלי) של הקיבה: במהלך הניתוח מוסרת בדרך כלל כמחצית הקיבה, בסוף הניתוח הוושט מחובר לשארית הקיבה.
- ד. כריתה יתד חלקית של הקיבה (wedge): רק חלק קטן יחסית של הקיבה נכרת, ללא צורך בהשקה.

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	-------------------------------

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניתוח לכריתת קיבה. **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, פגיעה באיברים סמוכים לרבות כבד, טחול, מעי, דימום, פגיעה בצינוריות הלימפה ודרכי הלימפה, פגיעה בכלי דם ראשיים, דלף מההשקה בין הקיבה ושארית מערכת העיכול המשוחררת, זיהום, דלקת ריאות, תסחיף ריאתי, מאורע לבבי ופקקת ורידים, ותופעות לוואי אחרות. חלק מתופעות הלוואי והסיבוכים עלולים להצריך ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים 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, בעיה בהתרוקנות הקיבה, תסמונת דאמפינג (הצפת הקיבה), תת תזונה ואחרים.

הוסבר לי והבנתי שסיבוכים אלו עשויים לא להיות מאובחנים במהלך הניתוח העיקרי ולכן עלולים לחייב התערבויות או ניתוחים נוספים לשם תיקונם או לאשפוזים נוספים, 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 לכריתת הקיבה 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 בניתוח 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, נטילת תוספים תזונתיים ומעקב תזונתי מסודר המהווים תנאי להצלחת הניתוח ולמניעת סיבוכים אפשריים.

הניתוח מבוצע 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 שהניתוח לכריתת קיבה 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.

<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 נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

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

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)

שם 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

