

גרסה 06/19

טופס הסכמה ל

**ניתוח כריתה לפרוסקופית של טחול**

**Laparoscopic Splenectomy**

כריתת טחול מתבצעת לרוב בשל מחלות מערכת דם (המטולוגיות) או גידולים שפירים, סרטניים או כאלה החשודים כסרטניים. כיום, ומלבד גושים ממאירים גדולים ומורכבים, הניתוחים מבוצעים בגישה הלפרוסקופית (או האנדוסקופית). הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, דרך חתכים קטנים בדופן הבטן ובהנחיית מצלמה. למרות האמור, יתכן והמנתח יבחר בגישה הפתוחה לאור ניתוחים קודמים בבטן או סיבה אחרת.

**בניתוח לפרוסקופי** החולה שוכב על גבו או על צדו הימני והניתוח מבוצע ע"י הכנסת מצלמה ומכשירים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. במהלך הניתוח מבצעים את הפרדת הטחול מהאיברים הסמוכים והרקמות שמחזיקות אותו ומנתקים אותו מאספקת הדם. בסוף התהליך מכניסים אותו לשקית. את הטחול מוציאים מהבטן (לעיתים בחלקים) דרך אחד החתכים שכבר בוצעו בבטן על מנת שלא יהיה צורך לבצע חתך גדול להוצאתו. לעיתים, יהיה צורך להרחיב את החתך או לבצע חתך נוסף בשיפולי הבטן לשם הוצאת הטחול.

שיטה נוספת הינה שיטה שנקראת **ניתוח לפרוסקופי בעזרת יד** ( Hand Assisted Laparoscopic Splenectomy), בשיטה זו מבוצע הניתוח הלפרוסקופי כמתואר אך בנוסף מבוצע חתך בדופן הבטן באורך 6-7 ס"מ ודרכו מוכנסת כף היד של המנתח אל חלל הבטן לצורך סיוע בכריתת הטחול. שיטה זו שימושית במקרים של טחול גדול ומהווה פשרה בין שיטה לפרוסקופית מלאה לניתוח פתוח מלא. היד שבתוך הבטן מסייעת בשליטה על הטחול והפרדתו מהאיברים הסמוכים והכנסתו לשקית לצורך סילוקו.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **כללית**

**שם המטופל:**

שם משפחה      שם פרטי      ת.ז.      שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע ניתוח כריתה לפרוסקופית של טחול (להלן "הניתוח העיקרי"), מד"ר/פרופ' :

שם פרטי

שם משפחה





חתימת המטופל	שעה	תאריך
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">מדבקת המטופל</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">שנת המועד הרפואי / ליווי</p> </div>

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי (טיפול שמרני, לא ניתוחי, או טיפול תרופתי). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר ניתוח, לרבות כאב.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים (סיכוי של 1%-10%) לרבות: דימום, זיהום, קרישי דם בכלי דם בחלל הבטן או בגפיים, נזק לאיברים הסמוכים לרבות, כליה, לבלב, קיבה, סרעפת ומעי דק וגס. חלק מהסיבוכים הללו עלול להצריך התערבויות פולשניות ו/או ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים. כמו כן, הובהר הצורך בהמשך טיפול ומעקב המטולוגי (במיוחד במקרה של מחלות דם וגידולים), לרבות איזון תרופתי של רמת הטסיות. בנוסף, הוסבר לי כי כריתת טחול עלולה לגרום לעלייה בשיעור זיהומים מסוימים (0.1%-0.3%). אי לכך, הובהר בפניי על הצורך בקבלת החיסונים הנדרשים לאחר כריתת הטחול ובתדירות כפי שתקבע ע"י הרופא המטפל ובהתאם להנחיות המקובלות. כמו כן, הובהר לי כי עלי לדווח לרופא, לפני כל פעולה פולשנית, כי עברתי כריתת הטחול.

הנני מודע/ת לכך שהמגבלה העיקרית בביצוע ניתוח לפרוסקופי קיימת כאשר הטחול מוגדל (מצב הנקרא ספלנומגלי = Splenomegaly). הקושי במקרים אלו בא לידי ביטוי בסיכוי גבוה יותר למעבר לניתוח פתוח ובעליה בשיעור הסיבוכים.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לכריתה לפרוסקופית של הטחול יהיה צורך לבצע מעבר דחוף או מתוכנן של הניתוח ל"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך גדול בדופן הבטן, לפי שיקול דעתו של המנתח (סיכוי של 1%-5%) זאת בשל אירוע של דימום לא צפוי או פגיעה באיברים אחרים או בשל קושי טכני במהלך הניתוח הלפרוסקופי.

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.

הוסבר לי שהפעולה מתבצעת 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 העיקרי 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.

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

מדבקת המטופל

שם המועד הרפואי / ליוו

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

שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

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 הסבריי במלואם.



שם הרופא (חותמת)

חתימת הרופא

תאריך ושעה

שם המתרגם/ת

קשריו לחולה

