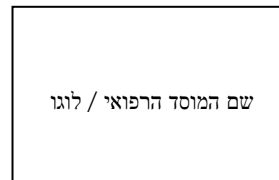




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 06/19

טופס הסכמה ל

מיוטומיה לפרוסקופית ע"ש הלר למחלת האכלזיה Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia

אכלזיה היא מחלה של הסוגר שבין הוושט לקיבה. מחלה זו מתבטאת בפגיעה בתאי העצב (תאי הגנגליון) וגורמת להתכווצות חזקה וממושכת של הסוגר. תופעה זו מביאה לעיכוב במעבר התקין של נוזלים ומזון מהוושט לקיבה וכתוצאה מכך קושי בבליעה (Dysphagia).

מיוטומיה לפרוסקופית ע"ש הלר למחלת האכלזיה (Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia) היא השיטה המקובלת כיום לטיפול הניתוחי במחלת האכלזיה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: כללית

הניתוח מתבצע דרך חתכים קטנים בדופן הבטן ובהנחיית מצלמה וידאו-סקופית. בנייתו זה חותכים את דופן הוושט התחתון באופן מבוקר החל מ-2-1 ס"מ מתחת למעבר ושט-קיבה ועד כ-5 ס"מ במעלה הוושט התחתון, תוך שמירה על רירית ושט שלמה. לאחר מכן, מבצעים פונדופליקציה מלאה (ליפוף מלא של הוושט ע"י מקטע מהקיבה העליונה) או חלקית (קדמית או אחורית) - על מנת למנוע רפלוקס (החזר קיבתי-ושטי).

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

חתימת המטופל

שעה

תאריך

הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן הבטן ו/או בית החזה. בנוסף, גם כאשר הניתוח מתבצע בשיטה הלפרוסקופית קיימת אפשרות למעבר לגישה פתוחה עפ"י שיקול דעתו של המנתח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי החלופות הטיפוליות (לרבות הרחבה עם בלון והזרקת בוטוקס) ותופעות הלוואי לרבות כאב, אי נוחות, קושי בבליעה ורפלוקס לאחר הניתוח.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים בניתוח ולאחריו לרבות: דימום, זיהום, נזק לרירית הושט עם דליפה אפשרית ופגיעה באיברי בטן אחרים, לרבות, קיבה, טחול וכבד. חלק מהסיבוכים הללו עלול לחייב התערבויות טיפוליות ובכללם הכנסת מנקזים לבית החזה, תומכן (סטנט) לושט וניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים.

כמו כן, הוסברה לי האפשרות שהסיבוכים לא יאובחנו במהלך הניתוח העיקרי ויהיה צורך בניתוח מתקן בשלב מאוחר יותר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפות 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.

הוסבר לי שהניתוח יתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן הוסבר לי כי במהלך הניתוח או לאחריו יתכן ויהיה צורך בעירוי דם או בעירוי מוצרי דם.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקרים 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
-------	-----	--------------

שם אפוסטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
שם המוסד הרפואי / לוגו	מדבקת המטופל

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס / 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
------------------	-------------	------------



קשריו לחולה

שם המתרגם/ת

שופט הסכמה למיושומיה לפרוסקופית ע"ש הלר למחלת האכלזיה
1-9057-6-2019 Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia

