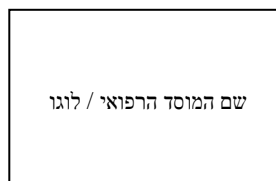




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 05/19

טופס הסכמה ל

## ניתוח לכריתה לפרוסקופית של בלוטת האדרנל (יותרת הכליה)

### Laparoscopic Adrenalectomy

כריתת האדרנל (ADRENALECTOMY) מתבצעת לטיפול במגוון של ממצאים (גושים) בעלי אופי שונה (שפירים וממאירים, עם או ללא הפרשת הורמונים) או במצבי פעילות יתר של הבלוטה ללא גושים מוגדרים.

כיום, מלבד במקרה של גושים ממאירים גדולים ומורכבים, הניתוחים מבוצעים בגישה הלפרוסקופית – זעיר פולשנית.

צורת ההרדמה המלווה את הניתוח: **הרדמה כללית**

הניתוח מתבצע דרך חתכים קטנים בדופן הבטן ובהנחיית מצלמה וידאו-סקופית. ישנה אפשרות ניתוחית דומה, אף היא בגישה האנדוסקופית, דרך המותן וללא כניסה לחלל הבטן (Retroperitoneoscopic Adrenalectomy).

בניתוח מתבצעת חשיפה של הבלוטה ע"י ניווד האיברים הסמוכים כולל מעי גס, טחול וזנב הלב לב משמאל או הכבד והתרסריון מימין. מפרידים את הבלוטה (עם הגוש שבתוכה, במידה וזו ההוריה לניתוח) מהרקמות והאיברים מסביב, מנתקים את כלי הדם העורקיים והורידים באמצעות סיכות או מכשירי איטום וחיתוך כלי דם מיוחדים. כשהבלוטה מנותקת כולה מסביבתה, היא מוכנסת לשקית אשר מובאת אל דופן הבטן. ע"י הרחבת אחד החתכים בעור, השקית נשלפת החוצה. לאחר מכן, מבצעים סריקה של אתר הניתוח לשם וידוא איטום כלי הדם ואי דימום. צינורות העבודה המכונים טרוקארים שהוכנסו בתחילת הניתוח נשלפים אף הם והפתחים בדופן הבטן נתפרים והעור מוכלב (נסגר) בסיכות או תפרים.

**שם המטופל:**

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':

שם פרטי

שם משפחה



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

**חתימת המטופל**

**שעה**

**תאריך**

על הצורך בביצוע ניתוח כריתת אדרנל בגישה אנדוסקופית או לפרוסקופית (להלן "הניתוח העיקרי").  
 כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי ככול שקיימות חלופות כאלה ובכללן-  
 השגחה או טיפול תרופתי (זאת בהתחשב באבחנה ובמידה ובכללל קיימות חלופות לאור הספרות הרפואית  
 העדכנית). הוסבר לי שקיימים מצבים בהם יש צורך לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה" באמצעות חתך בדופן  
 הבטן. כמו כן, הובהר שגם בגישה הלפרוסקופית קיימת אפשרות למעבר לגישה פתוחה עפ"י הממצאים התוך-  
 ניתוחיים ושיקול דעתו של המנתח (סיכוי של 4-5%).  
 אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים (סיכוי של 9-10%) לרבות: דימום, זיהום, נזק לאיברים  
 הסמוכים לרבות, כליה, טחול, לבלב, קיבה, סרעפת ומעי גס. חלק מהסיבוכים הללו עלול להצריך התערבויות  
 ו/או ניתוחים נוספים מידיים או מאוחרים. כמו כן, הובהר הצורך בהמשך טיפול ומעקב אנדוקריני (במיוחד  
 במקרה של גושים מפרישים), לרבות איזון תרופתי ואיזון לחץ הדם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך 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 מתבצע בהרדמה **כללית** והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

הוסבר לי כי יתכן ובמהלך הניתוח או לאחריו יהיה צורך לערות לי דם או מוצרי דם.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה שהניתוח העיקרי 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.

**חתימת המטופל**

**שעה**

**תאריך**



שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

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

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

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