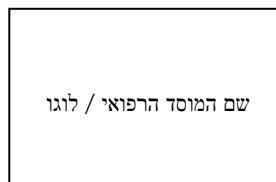




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 07/18

טופס הסכמה ל

**כריתת גנגליון**  
**EXCISION OF GANGLION**

גנגליון היא ציסטה המכילה נוזל צמיג הנוצרת בדרך כלל סביב גיד או פרק. ברוב המקרים הסיבה להיווצרותה אינה ברורה.

ניתוח לכריתת גנגליון מתבצע במטרה לשחרר את החולה מכאב, או להרחיק גוש לא אסתטי.

הניתוח מתבצע באמצעות חתך באזור הגנגליון, שחרור הרקמות סביבו, הפרדתו מהמפרק או ממעטפת הגיד מהם הוא יוצא וכריתתו.

אם במהלך הניתוח יעלה חשד שמדובר בגידול מסוג אחר, יחליט המנתח אם להוציא את הגידול בשלמותו או להסתפק **בשלב ראשון** בנטילת ביופסיה לצורך אבחנה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / אזורית / מקומית

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת, ולעיתים בהרדמה כללית. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

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
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p> </div>
מדבקת המטופל	

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

על הצורך בכריתת גנגליון ביד: (הקף בעיגול את המתאים)

**ימין / שמאל\*,**

**משורש כף היד / מכף היד\*,**

**בצד הכפי / הגבי\*,**

**מאצבע 1/2/3/4/5\* (להלן: "הניתוח העיקרי").**

הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן האפשרות לחזרת הגנגליון והצורך בניתוח נוסף להסרתו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות ושטפי דם מקומיים הנספגים מאליהם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הנדירים יחסית, לרבות דימום ממושך, זיהום, נוקשות של מפרק שורש כף היד, פגיעה בעצב תחושתי או בעורק שיצריכו טיפול.

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 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/הטיפול העיקרי.



הוסבר לי שבמידה והניתוח/הפעולה העיקרית יתבצע בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי 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/פעולה עיקרית:

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

חתימת המטופל	שעה	תאריך

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

שם אפוסטרופוס  
(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 למטופל
-------------	--------------

---