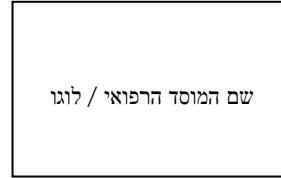




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 07/18

טופס הסכמה ל

ניתוח לכריתה שלמה/חלקית/אונתית של בלוטת התריס (בלוטת המגן)
Thyroidectomy (Lobectomy/Partial/Total)

ניתוח לכריתת בלוטת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה שאינה מגיבה לטיפול שמרני, או קיומו של ממצא בבלוטה.

הניתוח נערך בהרדמה כללית ובמהלכו נכרת הממצא, הבלוטה או חלק ממנה.

לעיתים יושאר נקז באזור הניתוח. כאשר מתכוונן ניתוח לכריתת אונה אחת קיימת אפשרות שיהיה צורך לכרות גם את האונה השנייה על סמך תשובה היסטולוגית בעת הניתוח או על סמך תשובה היסטולוגית מאוחרת שתצריך ניתוח נוסף.

בחלק מהמקרים נערכת כריתה מניעתית של בלוטות הלימפה באזור הצוואר. קיימת אפשרות שהחלטה על הכריתה תעשה במהלך הניתוח.

שם המטופל:

שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב

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

שם פרטי שם משפחה



החברה ליחול סיכונים ברפואה בילית
הקבוצת מדע



תאריך

שעה

חתימת המטופל

על הצורך בביצוע כריתה שלמה/חלקית של בלוטת התריס/ממצא, להלן "הניתוח/פעולה העיקרית/ת".

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/הפעולה שעיקר עניינה כריתה של הלמה/חלקית/אוניתית של בלוטת התריס. קיימת אפשרות כי יעלה צורך בנטילת תכשירים הורמונאליים חלופיים לפעילות הבלוטה מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום שלעיתים יצריך התערבות כירורגית חוזרת, זיהום באזור הניתוח, צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר, Recurrent Laryngeal (Nerve) ולעיתים נדירות שיתוק מיתרי הקול, הפרעות נשימה שלעיתים נדירות יצריכו פיום הקנה (Tracheostomy), ירידה ברמת הסידן בדם בשל פגיעה בבלוטת יותרת התריס (Parathyroid) שיצריך טיפול תרופתי ממושך או קבוע, נצור (Fistula) של נוזל לימפה בשל פגיעה בצינור המנקז, תסמונת הורנר (Horner's syndrome) הכוללת היצרות האישון, צניחת עפעף והפרעה במנגנון ההזעה הקורה בצורה נדירה מאוד, פגיעה בושט המתרחשת לעיתים נדירות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח/ הפעולה העיקרית 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/הפעולה העיקרית.

הוסבר לי שהניתוח יתבצע 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 יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח/פעולה עיקרית 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 בואת את הסכמתי לביצוע הניתוח/פעולה עיקרית.



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

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
--------------------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של מטופל 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
-------------	--------------

