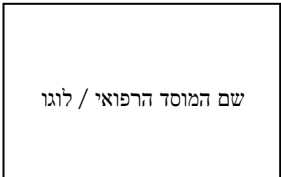


מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 07/18

טופס הסכמה ל

ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס
PARATHYROIDECTOMY

ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה/ות שאינה מגיבה לטיפול תרופתי ו/או קיום גידול או שגשוג יתר באחת או יותר מהבלוטות.

בדרך כלל קיימות 4 בלוטות של יותרת התריס. הבלוטות ממוקמות בדרך כלל בצוואר, בצמוד לבלוטת התריס או בתוכה. לפעמים יתכן מיקום שונה ולא שגרתי. בניתוח נכרתת/ות הבלוטה/ות החולות.

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

כללית / אזורית / מקומית

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



חתימת המטופל	שעה	תאריך
	על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס.	
	שם המוסד הרפואי / לוגו	

מדבקת המטופל
 כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי. ניתוח זה נערך באופן מודע ומתוך הבנה של הסיכונים והיתרונות של כל חלופה, ולאחר שנקבע כי טיפול כירורגי יהיה עדיף על טיפול תרופתי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/הפעולה העיקרית/ת לרבות כאב ואי נוחות. לעיתים יושאר נקז באזור הניתוח וכי תיוותר צלקת ניתוחית בצוואר. יתכן קושי זמני בבלעיה ושינוי זמני בתחושת העור בצוואר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות דימום שלעיתים יצריך התערבות כירורגית חוזרת וזיהום באזור הניתוח. הוסבר לי כי לעיתים, עקב קושי באיתור הבלוטה/ות החולה/ות בניתוח יהיה צורך להרחיב את היקפו בצוואר. במקרים נדירים יתכן ולא ניתן יהיה לאתר את הבלוטה החולה ויהיה צורך לכרות אונה של בלוטת התריס או שיוחלט על ניתוח נוסף. יתכן כישלון של הניתוח ולא תושג שליטה על ערכי הסידן בדם. כמו כן יתכן ויהיה צורך בנטילת תכשירים חלופיים לפעילות הבלוטה (סידן ו/או ויטמין D) מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר, לתקופה שלא ניתן לצפות אותה או לכל החיים, כדי למנוע הופעת סיבוכים הקשורים למאזן הסידן. כמו כן תיתכן פעילות יתר של בלוטת התריס – תופעה זו חולפת בדרך כלל מעצמה אולם לעיתים נדרש טיפול תרופתי כדי לשלוט על תסמיני פעילות היתר. תתכן צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר (Recurrent Laryngeal Nerve) ושיתוק של מיתרי הקול, חזה אוויר והפרעות נשימה שלעיתים נדירות יצריכו פיוס הקנה (Tracheotomy).

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



הוסבר לי שבמידה והניתוח יתבצע בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, 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 בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח/פעולה העיקרית/ 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/הפעולה העיקרית/ת.

חתימת המטופל	שעה	תאריך
		שם המוסד הרפואי / לוגו

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

שם אפוטרופוס
(קירבה למטופל)

אני מאשרת/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.



תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

קשריו למטופל

שם המתרגם/ת