



מדבקת המטופל



גרסה 06/2020

טופס הסכמה ל

טיפול ברדיוכירורגיה בהכוונה סטראוטקטית

(SRS/FSR) - STEREOTACTIC RADIOSURGERY

טיפול באמצעות רדיוכירורגיה נועד לעצור צמיחה של גידול במוח ו/או להעלימו/להקטינו, או לסגור מום בכלי הדם (AVM), או להקרין מבנה זעיר במערכת העצבים כדי לבטל פעילות עצבית פתולוגית (טיפול בכאב כרוני, אפילפסיה, או בהפרעות תנועה).

טיפול רדיוכירורגי מתבצע באמצעות קרינה מייננת (רנטגן), ממוקדת ומדויקת, חד פעמית או במיקטעים. המיקוד והדיוק הרבים מאפשרים פגיעה מירבית במטרה, תוך מיזעור הנזק לרקמות הסמוכות.

לתכנון הטיפול הרדיוכירורגי יש צורך לבצע בדיקות דימות של הראש כגון תהודה מגנטית (MRI) ו/או טומוגרפיה ממוחשבת (CT) ו/או אנגיוגרפיה. חישוב מנת הקרינה, חלוקתה ומיקודה אל המטרה במוח, נעשים בעזרת מחשב. לצורך הטיפול הרדיו כירורגי נבנית מסיכה המותאמת לפני המטופל שמטרתה למנוע תזוזה של הראש בעת הקרינה, ולאפשר ניווט הקרינה לפגיעה מדויקת במטרה. טיפול הקרינה עצמו נמשך כ 20-60 דקות, בתום הטיפול מוסרת המסכה מן הראש והמטופל/ת משתחרר מבית החולים באותו היום.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה / סדציה***

*** במטופלים שאינם משתפים פעולה תתבצע הפעולה באמצעות סדציה.**

שם המטופל:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע טיפול רדיוכירורגי בגידול במוח/ במום וסקולרי במוח/במבנה זעיר במערכת העצבים/בפעילות עצבית פתולוגית (להלן "הטיפול העיקרי"), מד"ר/פרופ':



שם משפחה

שם פרטי

תאריך

שעה

חתימת המטופל

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כמו ניתוח, קרינה רגילה, צנתור טיפול, מעקב בלבד.

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הטיפול העיקרי, ובכלל זה האפשרות שהטיפול לא יעצור את התפתחות הגידול / לא ימנע באופן מוחלט דימום ממום וסקולרי במוח

כיוון שתהליך ההצטלקות והחסימה של מום כזה יכול להימשך כמה שנים, או האפשרות שהטיפול לא יצליח בדיכוי כאב, אפילפסיה או תנועה בלתי רצונית במקרים בהם הטיפול היה מיועד למטרה זו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי, לרבות כאבי ראש, בחילה ו/או הקאות שיחלפו בהדרגה, ולעיתים רחוקות נשירת שיער, זמנית או קבועה, באזור ההקרנה.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הטיפול הקרינתי, לרבות נזק נוירולוגי קל או קשה, זמני או קבוע, מפגיעה באזורים הסמוכים למטרה ושלעיתים נדירות יתכן שיהיה צורך בניתוח לכריתת רקמה שנפגעה. הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול להתפתח גידול משני, שפיר או ממאיר, באזור שהוקרן. הוסבר לי שהטיפול הקרינתי הניתן לאישה הרה, עלול לגרום לנזק לעובר.

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

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



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול הרדיוכירורגי 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 נותנת/בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

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

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

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.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל/ת
-------------	----------------

