

טופס הסכמה: ניתוח כריתת בלוטת בת האוזן (PAROTIDECTOMY)

ניתוחים לכריתת חלקית או מלאה של בלוטת הרוק בת האוזן (פרוטיד) מבוצעים לרוב לצורך כריתת גידול ולעיתים עקב דלקת כרונית בבלוטה, אבן שחוסמת את הניקוז או מחלה אחרת. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בניתוח לכריתת מלאה/ חלקית של בלוטת בת האוזן, בצד _____ בשל _____

להלן: "הניתוח העיקרי".

הובהר לי שקיימים מצבים בהם לא ניתן יהיה לכרות את הגידול ויהיה צורך בניתוח אחר או משלים. כמו כן, תתכן הישנות של גידול ממאיר או שפיר וצורך בניתוחים עתידיים נוספים. במקרה של גידול ממאיר ייתכן ויהיה צורך בניתוח משולב או משלים לכריתת קשרי הלימפה הצוואריים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. הפחתה, לרוב זמנית, בתחושה בתנוך האוזן, בעור הצוואר והפנים. הוסבר לי שבכל מקרה תותר צלקת בלחי ובצוואר. ייתכן שקע בצוואר. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידי (צלקות עבות ובלוטות).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, הפרשת רוק מפצע הניתוח (פיסטולה), חולשה או שיתוק של עצב הפנים, אי-נוחות ממושכת, הזעת יתר בפנים בזמן האוכל, הפרעה בחוש הטעם, אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

* מחקי את המיותר

