טופס הסכמה: בתירה צווארית (NECK DISSECTION)

בתירה צווארית מבוצעת לצורך כריתת גידולים ו/או כהמשך והשלמה לניתוחים לכריתת ממאירויות ולכריתת או מניעת גרורות בראש ובצוואר. היקף הניתוח והצד/דים המנותח/ים נגזרים מגודל ומיקום הגרורות ו/או הגידול הראשוני.
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 משפחה | שם פרטי

על הצורך בניתוח _____ בצד _____

בשל _____ להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסבר לי שקיימת אפשרות שמסיבות אנטומיות (היקף ועומק הגידול) לא ניתן יהיה לכרות את הגידול בשלמותו. הוסבר לי שתיתכן חזרה (הישנות) של גידול או גרורות בצוואר.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה בעור הצוואר והפנים.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום; דימום שעלול לסכן חיים; חולשה בכתף או הגבלה בתנועת הכתף, הפרעה בתנועות בידיים, שיתוק הסרעפת, הפרעה בהנעת הלשון ולעיתים טעם מתכתי, הפרעה בשרירי הפנים, הפרעה או אובדן הקול, הפרעה בבליעה; ניקוב הלוע, הושט, הקנה או הריאה; צורך בטרכאוסטומיה (פיום קנה); דליפה של רוק או נוזל לימפטי (פיסטולה); התנפחות הפנים; הפרעה בראיה ו/או נזק מוחי בגלל פגיעה בעורק התרדמה.
במקרים מועטים הניתוח כרוך בתמותה.
הניתוח כרוך בעיוות ואסימטריה בין שני חלקי הצוואר. ייתכן נמק של העור. לעיתים יהיה צורך בשחזור על ידי שתל או מתלה עור או רקמה. כמו כן הובהר לי שבעקבות הניתוח עלולה להופיע מגבלה בתנועות הראש והצוואר, בשל כריתת מסת שריר.
הוסבר לי שבכל מקרה תוותר צלקת באזור הצוואר. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות).
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, לשנותו 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 והסבר 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 שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך | שעה | חתימת החולה

שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

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

* מחק/י את המיותר

פ' 0000/ספטמבר 2013