

# טופס הסכמה: ניתוח בגישה טרנס-ספנואידלית

## TRANS SPHENOIDAL APPROACH

הסינוס הספנואידלי הוא חלל באחת מעצמות בסיס הגולגולת, מעל האף. מעל לסינוס, בתוך חלל הגולגולת, נמצאת בלוטת יותרת המוח (היפופיזיה). מטרת הניתוח היא להגיע דרך האף לאזור ההיפופיזיה, כדי לקחת דגימה (ביופסיה) מגידול או כדי להוציאו, או כדי לתקן דליפה של נוזל המוח. הגישה לסינוס הספנואידלי מתבצעת דרך האף, דרך אחד הנחיריים או דרך חתך מתחת לשפה העליונה בפה. כדי למנוע דליפת נוזל המוח אל חלל הסינוס בתום הניתוח, ממלאים אותו בדבק ביולוגי, ו/או בשומן ו/או בשריר הנלקחים מדופן הבטן או מקדמת הירך. על פי הצורך מוכנסת צינורית עדינה לתעלת השדרה בגב התחתון, לניקוז נוזל המוח לימים מספר. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית. לאחר ניתוח באזור בלוטת ההיפופיזיה יתכן צורך בטיפול תרופתי, זמני או קבוע, כתחליף להורמונים חסרים. במקרה של הוצאה חלקית של גידול, יתכן צורך להשלים הוצאתו בנייתוח נוסף, לא דרך האף אלא דרך הגולגולת, ו/או טיפול משלים בהקרנות.

שם המנותח:

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 בביצוע ניתוח \_\_\_\_\_ בגישה טרנס-ספנואידלית. (להלן: "הטיפול העיקרי").  
שם הניתוח \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות, לרבות כאב ואי נוחות בשפתיים ובאף, נפיחות ודימום בחניכיים ובאף והפרעה בנשימה דרך האף, החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים, וכן על האפשרות של הפרעה בחוש הריח והטעם, ו/או הפרעה בהפרשת הורמונים, ובעיקר ההורמון האנטי דיורטי, הגורמת להשתנה מרובה ולצמא, שיחלפו בדרך כלל תוך כמה שבועות.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, כמו דליפת נוזל המוח לאף או ללוע, פגיעה זמנית או קבועה בהפרשת אחד או יותר מהורמוני ההיפופיזיה, וצורך בטיפול תרופתי תחליפי זמני או קבוע, זיהום של פצע הניתוח או של קרומי המוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, עיוות זמני או קבוע בצורת האף ו/או במחיצת האף, ונקב זמני או קבוע במחיצת האף. כן הוסברו לי הסיבוכים הנדירים מאוד כמו דימום מוחי, אוטם מוחי, עיוורון, ונזק נוירולוגי קל או חמור, זמני או קבוע. הוסבר לי כי יתכן שיהיה צורך בנייתוחים נוספים כטיפול בסיבוכים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים ביותר עלול הניתוח להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול 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 הובהרה 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.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי המרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד הכפוף לחוק.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ התימת המנותח \_\_\_\_\_

במקרה של פסול דין או חולה נפש: שם האפוטרופוס וקירבה \_\_\_\_\_ התימת האפוטרופוס \_\_\_\_\_

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

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ התימה וחותמת הרופא/ה \_\_\_\_\_

\* מחקי את המיותר