

טופס הסכמה: ניתוח לניקוז המטומה תת דורלית כרונית

DRAINAGE (REMOVAL) OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA

המטומה תת דורלית כרונית היא הצטברות דם מתחת לדורה, הקרום הקשה העוטף את המוח. מטרת הניתוח היא לנקות את הדם כדי למנוע לחץ על המוח, אשר עלול לסכן חיים. ניקוז המטומה נעשה דרך חור קידוח אחד או יותר בעצם הגולגולת. לעיתים, על פי הצורך, מוכנס נקז חיצוני או מספר נקזים, המתחברים למערכת איסוף חיצונית למספר ימים. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית, על פי שיקול הרופאים.

שם המנותח:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי שם משפחה

על הצורך בניקוז המטומה תת דורלית כרונית בצד ימין / שמאל / דו צדדי*. (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות תופעות הלוואי שלהן והסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות לרבות: כאב ראש, אי נוחות, בחילה ו/או הקאות החלופיים תוך זמן קצר מהניתוח. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: חסימת הנקז וצורך בשיטתו או בהחלפתו; דימום באזור הניתוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, זיהום ו/או מורסה באזור הניתוח, דלקת קרומי המוח, ובמקרים נדירים נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע. כמנ כן הוסברה לי האפשרות של הצטברות חוזרת של הנוזל התת דורלי לאחר הוצאת הנקז, וצורך בניקוז חוזר, דרך חורי הקידוח הקיימים, או בפתיחה נרחבת יותר של הגולגולת (קרניוטומיה). הוסבר לי שיתכן שיהיה צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיכונים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים מאוד יתכן מוות מסיכונים אלה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמורכ, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו, 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 או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 בכפוף לחוק,

תאריך שעה חתימת המנותח

במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש: שם האפוסטרופוס (קירבה) חתימת האפוסטרופוס

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 לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה מס' רישיון חתימה וחותמת

* מחקי את המיותר