

## טופס הסכמה: הסרה ניתוחית של גידול מוחי

### REMOVAL OF BRAIN TUMOR

מטרת הניתוח היא להוציא את הגידול בשלמותו. עם זאת, לא תמיד ניתן להשיג את הוצאתו השלמה בשל קרבתו לאזורים חיוניים במוח או לכלי דם חשובים. כמו כן, יתכן שהמנתח יאלץ להסתפק בלקיחת ביופסיה מן הגידול. במקרים כאלה, כמו גם אם יתברר שהגידול ממאיר, יתכן שיהיה צורך בניתוח נוסף בעתיד, ו/או בטיפול משלים, ע"י קרינה ו/או כימותרפיה. בניתוח מורמת לוחית מעצם הגולגולת, שתוחזר למקומה בתום הניתוח, או שתוחלף בחומר סינתטי מאקריליק. במקרים נדירים העצם תוחזר למקומה רק מאוחר יותר, בניתוח נוסף. בתום הניתוח יתכן שיושאר נקז חיצוני למספר ימים, שישמש למדידת לחץ תוך גולגולתי ולניקוז נוזל המוח. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או מקומית, על פי הצורך.

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 ושם משפחה

על הצורך בביצוע הניתוח בשל גידול במוח הגדול / במוח הקטן / בגזע המוח בצד ימין / שמאל / בקו האמצע \* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, כולל קרינה לסוגיה, וכן הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיכונים הכרוכים בדרכי טיפול אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות לרבות כאב ראש, בחילה ו/או הקאות ואי נוחות בימים הראשונים לאחר הניתוח, שיחלפו בהדרגה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים, ובעיקר נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע, דימום, אוטם מוחי באזור הניתוח, בצקת מוחית, התקפים אפילפטיים, הידרוצפלוס (הצטברות נוזל המוח), דליפת נוזל המוח, זיהום בפצע הניתוח ו/או דלקת קרום המוח. הוסבר לי והבנתי שיתכן צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיכונים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול הניתוח להסתיים במוות.

-2-

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או מיד אחריו, 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 לצפותן כעת, בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת הרופאים, יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הניתוח, חלקו או כולו, בהרדמה מקומית, כדי לאפשר ניטור של תפקודים נוירולוגים כגון דיבור ותנועה תוך כדי הניתוח.

אני מאשר/ת כי הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, ובעיקר פרכוסים בזמן הניתוח, וכן תגובה אלרגית בדרגות חומרה שונות לחומרי ההרדמה המקומית. הובהר לי שאם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

חתימה

שעה

תאריך

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

קרבת האפוסטרופוס

שם 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.

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

מחק/י את המיותר \*