



טופס הסכמה : כריתת האהוד הגבי בתורקוסקופיה בשל הזעת יתר בידיים THORACOSCOPIC UPPER DORSAL SYMPATHECTOMY FOR PALMAR HYPERHYDROSIS

הזעת יתר בכפות הידיים נובעת מפעילות יתר של חלק ממערכת העצבים. ניתן להפחית את הזעת היתר על ידי חיתוך או כריתה של העצב האחראי לתופעה. הניתוח מבוצע באמצעות תורקוסקופיה. התורקוסקופיה היא פעולה המתבצעת על ידי החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים, חד צדדיים, בדופן בית החזה. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם המנותח/ת:

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 ניתוח לכריתת העצב באחראי להזעת יתר בכפות הידיים בצד ימין / שמאל / דו צדדי (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימת אפשרות שהניתוח העיקרי לא יפחית באופן משמעותי את ההזעה ו/או ההזעה תחזור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות והזעת יתר באזורים אחרים בגוף.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום שלעיתים נדירות יצריך פתיחת בית החזה לשם עצירת הדמם: זיהום, צניחת עפעף ופגיעה באיברי בית החזה. במקרים של הצטברות אויר בחלל בית החזה, הדבר יחייב ניקוז על ידי החדרת צינור לבית החזה לפרק זמן מסוים.

הוסבר לי שקיימת אפשרות לבצע את הניתוח ב"שיטה פתוחה". לאחר שהוסבר לי על הניתוח ב"שיטה הפתוחה", יתרונותיה וחסרונותיה ושקלתי את שתי האפשרויות, בחרתי ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי בדרך תורקוסקופית.

הוסבר לי שקיימת אפשרות שבעת הניתוח יתברר שלא ניתן לנתק את העצב בגישה התורקוסקופית ויהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה".

אני מבקש/ת להמשיך / לא להמשיך את הניתוח ב"שיטה הפתוחה", באמצעות חתך מעל עצם הבריח או חתך בבית השחי.

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 בהליכים 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 בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



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

שם הרופא /ה

X

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