



**טופס הסכמה: ניתוחים של יותרת המוח (היפופיזה) והסינוס הספנואידלי  
בגישה טרנס-ספנואידלית  
HYPOPHYSEAL AND SPHENOID SINUS SURGERY USING TRANS-  
SPHENOIDAL APPROACH**

הניתוח מתבצע לצורך הוצאת דגימה (ביופסיה) או גידול מבלוטת יותרת המוח או בקרבתה. כמו כן, מתבצע הניתוח לצורך חסימת הסינוס הספנואידלי במקרה של דליפת נוזל המוח בעקבות שברים או ניתוחים באזור זה. הניתוח מתבצע דרך אחד הנחיריים או בחתך מתחת לשפה העליונה, באמצעות הכנסת מכשיר לחלל האף ומשם לסינוס הספנואידלי. כדי למנוע דליפת נוזל המוח מן האף לאחר הניתוח, יש צורך, במקרים מסוימים, למלא את הסינוס ברקמת שומן ו/או שריר הנלקחים מדופן הבטן או מהירך, יחד עם דבק ביולוגי. בנוסף, לעיתים, מוכנס בזמן הניתוח או מיד לאחריו, נקז זמני לתעלת השדרה, לניקוז נוזל המוח. הניתוח מתבצע 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 פרטי ושם משפחה

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, וכן שלעיתים יכול להתעורר צורך בניתוח משלים נוסף, דרך הגולגולת, בשלב מאוחר יותר.

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 תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות בשפתיים ובאף, נפיחות ודימום מהחניכיים והאף, החולפים בדרך כלל תוך ימים אחדים, וכן הפרעה חולפת בנשימה דרך האף.

הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי: דליפת נוזל המוח, כאבי ראש, שתייה והשתנה מרובה בשל ירידה זמנית או קבועה בהורמון האוגר מים בגוף, זיהום בפצע הניתוח או בקרומי המוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת ועיוות זמני או קבוע בצורת האף או במחיצת האף.

הוסבר לי כי סיבוכים אלה עלולים לדרוש בעתיד ניתוחים נוספים לתיקונם או טיפול (זמני או קבוע) בתרופות כתחליף להורמונים חסרים. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים הנדירים מאוד לרבות: דימום תוך מוחי, עיוורון ו/או פגיעה מוחית אחרת ו/או דלקת קשה במיוחד של קרומי המוח והמוח עצמו העלולים להסתיים במוות.

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 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 מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית חולים 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 פרטי      ושם משפחה

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