



טופס הסכמה: ניתוח בצוואר

ניתוחים ברקמות הרכות של הצוואר מבוצעים לצורך אבחון ו/או כריתה של גידולים, גושים או ציסטות, לניקוז אבצסים וזיהומים ובהוראות נוספות. הניתוח מבוצע לרוב בהרדמה כללית ולעיתים בהרדמה מקומית.

שם החולה: _____

ת.ז. _____

שם האב _____

שם פרטי _____

שם משפחה _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי ושם משפחה _____

על הצורך בניתוח _____ בצד _____ בשל _____
(להלן: "הניתוח העיקרי").

הובהר לי שקיימים מצבים בהם לא ניתן יהיה לכרות את הממצא בשלמותו. ההחלטה לגבי המשך הטיפול תתקבל בהמשך, בהתאם לנסיבות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות (שיכולה להיות ממושכת), הפחתה, לרוב זמנית, בתחושה בעור הצוואר והפנים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום; דימום (שעלול להיות מסכן חיים); ניקוב הלוע, הושט, הקנה או הריאה; דליפה קבועה מאזור הניתוח (פיסטולה); התנפחות הפנים; פגיעה עצבית שעלולה לגרום להפרעה בתנועתיות הפנים, בהנעת הלשון, לקושי בבליעה, לקושי בנשימה, להפרעה או אובדן הקול, לחולשה בכתף או הגבלה בתנועת הכתף; קושי חמור בנשימה שעלול להצריך פיום הקנה (טרכאוסטומיה); נזק מוחי בגלל פגיעה בעורק התרדמה.

הוסבר לי שבכל מקרה תוותר צלקת באזור הצוואר, אך תתכן גם ירידה קבועה בתחושה ואבדן עור. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח 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 הוסברה 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.

הוסבר לי שברוב המקרים הניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק

וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר*

שם הרופא/ה המנתח/ת

X		
תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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 חתימה וחותמת הרופא/ה מס' רישיון

*מחקי/את המיותר.