



## טופס הסכמה: ניתוח כריתת קשריות לימפה במפשעה GROIN DISSECTION

ניתוח לכריתת קשריות לימפה במפשעה מבוצע כחלק מטיפול משולב כירורגי אונקולוגי במספר ממאירויות של העור (כגון מלנומה וסרטני עור נוספים) ולעיתים נדירות כחלק מטיפול בממאירויות של התעלה האנאלית, הפין וה-VULVA בהן יש פיזור תאים סרטניים לאגן הניקוז הלימפטי במפשעה. במהלך הניתוח, המנתח מבצע חתך באזור המפשעה במסגרתו מוצאות קשריות הלימפה השטחיות ו/או העמוקות כמקשה אחת עם השומן תוך הפרדתן מכלי דם ועצבים. 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 **בכריתת קשריות לימפה במפשעה** (להלן: "הניתוח העיקרי").  
הוסבר לי שניתוח זה חיוני כדי לנסות לרפא אותי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום וצורך בהחזר דם, זיהום באתר הניתוח או בפצע הניתוח שיחייב לעיתים ניקוז וטיפול אנטיביוטי ועלול להתפתח לאלח דם וסיבוכיו, סיבוכים הכרוכים בהרדמה כללית וניתוח גדול (תסחיף ריאתי, דלקת ריאות, מאורע לבבי, מוחי ועוד), סיבוכים בפצע הניתוח. לניתוח זה יכולים להיות סיבוכים מידיים של ריפוי פצע כמו צבירת נוזלים בשדה הניתוח המטופל על ידי שאיבות חוזרות, טיפולים מקומיים בפצע וזיהומים. בנוסף, תתכן נפיחות (בצקת) של הרגל זמנית או קבועה, כדי למנוע ולהפחית מצב שכזה יש לחבוש גרב אלסטית המותאמת לרגל. לעיתים, יש צורך בנוסף, במסג' לימפתי ובטיפול פיזיותרפי לרגל. אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים 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 המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.



הובהר לי שהניתוח העיקרי מתבצע בהרדמה כללית ולעיתים רחוקות בהרדמה אזורית. הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו 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 לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

הוסבר לי והבנתי את הצורך במעקב רפואי שנתי לאחר הניתוח ובשמירה על אורח חיים בריא ובהתאם להמלצות הרופא.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי קבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס 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.