



טופס הסכמה: ניתוח לניקוז המטומה תת דורלית כרונית DRAINAGE (REMOVAL) OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA

המטומה תת דורלית כרונית היא הצטברות דם מתחת לדורה, הקרום הקשה העוטף את המוח. מטרת הניתוח היא לנקז את הדם כדי למנוע לחץ על המוח, אשר עלול לסכן חיים. ניקוז המטומה נעשה דרך חור קידוח אחד או יותר בעצם הגולגולת. לעיתים, על פי הצורך, מוכנס נקז חיצוני או מספר נקזים, המתחברים למערכת איסוף חיצונית למספר ימים. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית, על פי שיקול הרופאים.

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 בניקוז המטומה תת דורלית כרונית בצד ימין / שמאל / דו צדדי * (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות תופעות הלוואי שלהן והסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי הצפויות, לרבות: כאב ראש, אי נוחות, בחילה ו/או הקאות החולפים תוך זמן קצר מהניתוח. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים, לרבות: חסימת הנקז וצורך בשטיפתו או בהחלפתו, דימום באזור הניתוח, הצטברות אויר בחלל הגולגולת, זיהום ו/או מורסה באזור הניתוח, דלקת קרום המוח, ובמקרים נדירים נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע.

כמו כן, הוסברה לי האפשרות של הצטברות חוזרת של הנוזל התת דורלי לאחר הוצאת הנקז, וצורך בניקוז חוזר, דרך חורי הקידוח הקיימים, או בפתיחה נרחבת יותר של הגולגולת (קרניוטומיה). הוסבר לי שיתכן שיהיה צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיכונים אלה. הוסבר לי שבמקרים נדירים מאוד יתכן מוות מסיכונים אלה.

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

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה 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

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.

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

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

• מחק/י את המיותר