



טופס הסכמה : ניתוח עמוד שדרה צווארי CERVICAL SPINE SURGERY

שינויים ניווניים ודלקתיים בחוליות הצוואר ו/או בדסקיות שביניהן, יכולים לגרום ללחץ מתקדם על חוט השדרה ועצביו, ולהפרעה ביציבות עמוד השדרה הצווארי. לחץ זה גורם כאבים ונזק נירולוגי מתקדם. מטרת הניתוחים היא לעצור את התקדמות הכאב והנזק הנירולוגי ולייצב את עמוד השדרה הצווארי. לחץ קדמי על חוט השדרה נגרם מגופי החוליות ומהדסקיות ביניהן. לסילוקם, מתבצע ניתוח בגישה קדמית, בצד הצוואר. בניתוח זה, מסירים חלק מגוף חוליה או את כולה (קורפורקטומיה), ו/או את הדסקיה הנמצאת בין החוליות (דיסקטומיה). לחץ אחורי על חוט השדרה נגרם מקשת החוליה, ובניתוח המתבצע מאחור מוסרת קשת החוליה (למינקטומיה). כדי למנוע אי יציבות בין החוליות, או כטיפול באי יציבות קיימת, מוכנסים לרווח שנותר לאחר הוצאת הדסקיות וגופי החוליות שתל עצם, או תחליפי עצם סינתטיים מחומרים שונים, או כלובי עצם המכילים חומרים מעודדי צמיחת עצם.

קבוע החוליות לאורכן יכול להיות קדמי או אחורי, או בין החוליות לגולגולת, תוך שימוש בתיילי מתכת וברגים מיוחדים. במקרים נדירים משולבות שתי הגישות, הקדמית והאחורית. לאחר כל ניתוח, מושאר נקז חיצוני לזמן קצר, וצווארון סביב לצוואר לתקופת ההחלמה. לאחר ניתוח לקיבוע חוליות, צפויה הגבלה קבועה, קלה או קשה בתנועות הצוואר על פי מידת הקיבוע. הניתוח מתבצע בהרדמה 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 הצורך בביצוע ניתוח דיסקטומיה / קורפורקטומיה / קיבוע / למינקטומיה * בעמוד שדרה צווארי (להלן: "הניתוח העיקרי").

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 התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות בצוואר, וכן צרידות והפרעות בבליעה, שיחלפו בהדרגה. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות דמם בצוואר, זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל השדרה, דלקת קרום המוח, איחוי לקוי של החוליות ואפשרות של אי יציבות של עמוד השדרה הצווארי, פגיעה בכלי דם בצוואר, בוושט, נזק זמני או קבוע בעצבוב מיתר הקול, נזק נירולוגי קל או חמור, זמני או קבוע, כולל בגפיים, בסרעפת ובסוגרים. הוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיבוכים אלה. כמו כן, הוסבר לי שקיימת אפשרות שלמרות הניתוח, יתכן שכאבים ונזק נירולוגי קיים לא יחלפו.



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו, או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים 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 ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או נדרשים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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 אחראי על הניתוח 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' את המיותר