



טופס הסכמה: ניתוח כריתת דיסקה בעמוד שידרה מותני DISCECTOMY

הניתוח מתבצע לצורך שחרור לחץ משורש עצב או שק הדורה על ידי הוצאת דיסקה סחוסית קרועה ו/או מנוונת, שפורצת ממקומה בין החוליות וגורמת לכאבים ו/או סימני קיפוח עיצבי. הניתוח מתבצע דרך חתך באזור הגב התחתון תוך הפרדת רקמות והסטת הקרום העוטף את חוט השידרה. במידת הצורך תיתכן הוצאה חלקית או שלמה של קשת חוליה (Laminectomy).

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 לכריתת דיסקה בין חולייתית מותנית (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנוספות המקרה, וכן על תופעות הלואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפול אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלואי של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות, החולפים בהדרגה. הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל שידרה המתרחשת לעיתים רחוקות, ובמקרים של למינקטומיה אפשרות של אי יציבות בקטע זה של עמוד השידרה. הוסבר לי כי סיבוכים אלה עלולים להצריך בעתיד ניתוחים לתיקונם. כן הוסבר לי הסיבוכים הנדירים לרבות התמדת הכאבים וסימני קיפוח עיצבי בדרגות חומרה שונות עד לשיתוק מלא בגפיים תחתונים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו ולבצע למינקטומיה ו/או דיסקטומיה נוספת ו/או לקבע את החוליות ובמקרה שמדובר בניתוח חוזר, גם לסלק צלקת מהניתוח הקודם או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת בודאות 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 ו/או אזורית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ת 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



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

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

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
------------	----------------------	------------

*מחקי/את המיותר.