

טופס הסכמה: ניתוח לכריתה של בלוטת/ות יותרת התריס

PARATHYROIDECTOMY

ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה/ות שאינה מגיבה לטיפול תרופתי ו/או קיום גידול או שגשוג יתר, באחת או יותר מהבלוטות.

בדרך כלל, קיימות 4 בלוטות של יותרת התריס. הבלוטות ממקומות, במרבית המקרים, בצוואר בצמוד לבלוטת התריס או בתוכה. לפעמים ייתכן מיקום שונה ולא שגרתי. בניתוח נכרתת/ות הבלוטה או הבלוטות החולות.

הניתוח נערך בדרך כלל בהרדמה כללית ובמקרים מיוחדים, בהרדמה מקומית.

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 _____ שם משפחה _____

על הצורך בכריתה של בלוטת/בלוטות יותרת התריס * (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסבר לי שלעיתים, עקב קושי באיתור הבלוטה/ות החולה/ות בניתוח, יהיה צורך להרחיב את היקפו בצוואר. במקרים נדירים ייתכן ולא ניתן יהיה לאתר את הבלוטה החולה ויהיה צורך לכרות אותה של בלוטת התריס או שיוחלט על ניתוח נוסף. כמו כן קיימת אפשרות של צורך בניתול תכשירים חלופיים לפעילות הבלוטות (סידן ו/או ויטמין D) מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר, לתקופה שלא ניתן לצפותה או לכל החיים, כדי למנוע הופעת סיבוכים הקשורים בהפרת מאזן הסידן בגוף.

הוסבר לי שלעיתים יושאר נקז באזור הניתוח. בכל מקרה תוותר צלקת באזור הצוואר. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלוטות).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח לרבות: כאב ואי נוחות במשך מספר ימים, קושי זמני בבליעה ושינוי זמני בתחושה בעור הצוואר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום שלעיתים יצריך התערבות ניתוחית חוזרת; זיהום באזור הניתוח; צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר ושיתוק של מיתר/י הקול; חזה אויר; הפרעות נשימה, שלעיתים נדירות ביותר יצריכו פיוס הקנה (טרכאטומיה).

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 בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני 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.

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, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס	קירבה	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 _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רישיון _____

* מחק את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל
איגוד רופאי אף אוזן גרון וכירורגיה של ראש וצוואר

