

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לכריתה שלמה/חלקית/אונתית של בלוטת התריס (בלוטת המגן) THYROIDECTOMY (LOBECTOMY/PARTIAL/TOTAL)

ניתוח לכריתה בלוטת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה שאינה מגיבה לטיפול שמרני, או קיומו של מימצא בבלוטה. הניתוח נערך בהרדמה כללית ובמהלכו נכרת המימצא, הבלוטה או חלק ממנה.

לרוב, יושאר נקז באזור הניתוח. כאשר מתוכנן ניתוח לכריתה אונה אחת קיימת אפשרות שיהיה צורך לכרות גם את האונה השנייה על סמך תשובה היסטולוגית בעת הניתוח, או על סמך תשובה היסטולוגית מאוחרת, שתצריך ניתוח נוסף.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם משפחה		שם פרטי	

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בכריתה שלמה של בלוטת התריס/חלקית של בלוטת התריס/כריתה המימצא* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח והאפשרות שיהיה צורך בנטילת תכשירי יוד לאחר הניתוח לצורך השלמת הטיפול. כמו כן הוסבר לי על השארות צלקת ניתוחית בקידמת הצוואר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואי הצפויות לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות במשך מספר ימים. כמו כן קיימת אפשרות של צורך בנטילת תכשירים הורמונליים חלופיים לפעילות הבלוטה מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים לרבות דימום שלעיתים יצריך התערבות ניתוחית חוזרת; זיהום באזור הניתוח; צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר ולעיתים רחוקות שיתוק של מיתרי הקול; הפרעות נשימה שלעיתים נדירות יצריכו פיוס הקנה (TRACHEOSTOMY); ירידה ברמת הסידן בדם כתוצאה מפגיעה בבלוטות יתרת התריס (PARATHYROID) שיצריך טיפול תרופתי ממושך או קבוע.

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 על סמך תשובה היסטולוגית, לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואן אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ניתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו 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' רשיון
*מחקר/י את המיותר		



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
איגוד רופאי אף אוזן וגרון

