

טופס הסכמה: ניתוח פיום קנה (TRACHEOTOMY)

פיוס קנה הוא ניתוח שבו יוצרים פתח בקנה הנשימה דרך הצוואר התחתון, חלופי לדרכי הכניסה הטבעיות (אף, פה). לפתח זה מוחדרת צינורית לצורך שימור הפתח. הניתוח מבוצע כאשר יש צורך במעקף של דרכי נשימה עליונות שנחסמו, או לצורך הנשמה ממושכת או לצורך ניקוז ושאיבת הפרשות מדרכי הנשימה.

במצב של פיוס קנה, אין יכולת לדבר. קיימים מצבים בהם פיוס הקנה יישאר באופן קבוע. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או 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 משפחה	שם פרטי		

על הצורך בניתוח פיום קנה בשל

_____. (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי קיימים מצבים של כשל טכני בביצוע הפיום, המתבטאים באי יכולת להחדיר את הצינורית לקנה הנשימה, או החדרתה של הצינורית בסטיה מהמסלול המתוכנן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, ודימום קל משולי פצע הניתוח.

הוסבר לי שבכל מקרה תוותר צלקת צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות).

כמו כן, הסיכונים והסיכוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: אי נוחות ממושכת, קושי בבליעה, זיהום והפרשה מפצע הניתוח, שעלול להתפשט לריאות או למיצר (מדיאסטינום), גרנולציות בפתח הטרכאוטומיה ובקנה הנשימה שיצריכו טיפול, דימום מסיבי מסכן חיים, ניקוב הריאה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט, נמק של סחסי קנה הנשימה, חסימה של צינורית ההנשמה וחנוק. במקרים נדירים, עלולים חלק מהסיכוכים להסתיים במוות.

לאחר סגירת פיום הקנה עלול להופיע שינוי זמני או קבוע בקול וכן נצור (פיסטולה) בין הקנה לעור.

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 הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד 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 והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיכויים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים 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
* מחק/י את המיותר		



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל