המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: כריתת האהוד הגבי העליון בתורקוסקופיה בשל הזעת יתר בידיים

THORACOSCOPIC UPPER DORSAL SYMPATHECTOMY FOR PALMAR HYPERHYDROSIS

הזעת יתר בכפות הידיים נובעת מפעילות יתר של חלק ממערכת העצבים. ניתן להפחית את הזעת היתר על ידי חיתוך או כריתה של העצב האחראי לתופעה. הניתוח מבוצע באמצעות תורקוסקופיה. התורקוסקופיה היא פעולה המתבצעת על ידי החדרת מכשירים דרך חתכים קטנים, חד צדדיים או דו צדדיים, בדופן בית החזה.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

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 ניתוח **לכריתת העצב האחראי להזעת יתר בכפות הידיים** בצד **ימין/שמאל/דו צדדי*** **בדרך תורקוסקופית**. (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימת אפשרות שהניתוח העיקרי לא יפחית באופן משמעותי את ההזעה ו/או ההזעה תחזור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות והזעת יתר באזורים אחרים בגוף.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום שלעיתים נדירות יצריך פתיחת בית החזה לשם עצירת הדמם; זיהום, צניחת עפעף ופגיעה באיברי בית החזה. במקרים של הצטברות אויר בחלל בית החזה, הדבר יחייב ניקוז על ידי החדרת צינור לבית החזה לפרק זמן מסוים.

הוסבר לי שקיימת אפשרות לבצע את הניתוח ב"שיטה הפתוחה". לאחר שהוסבר לי על הניתוח ב"שיטה הפתוחה", יתרונותיה וחסרונותיה ושקלתי את שתי האפשרויות, בחרתי ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי בדרך תורקוסקופית.

הוסבר לי שקיימת אפשרות שבעת הניתוח יתברר שלא ניתן לנתק את העצב בגישה התורקוסקופית ויהיה צורך לעבור ל"שיטה הפתוחה".

אני מבקש/ת **להמשיך/לא להמשיך** את הניתוח **ב"שיטה הפתוחה"**, באמצעות חתך מעל עצם הבריח או חתך בבית השחי.

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 לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה 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.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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 האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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.

_____ _____ _____

שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

*מחק/י את המיותר

ט. נובמבר 2000/OSURG/0000/0520/0063

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים

MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ