

גרסה 11/18

טופס הסכמה ל

ניתוח לכריתת תוספתן APPENDECTOMY

ניתוח לכריתת תוספתן מתבצע באבחנה של תהליך דלקתי או בחשד לגידול בו. בניתוח נעשית כריתה מלאה של התוספתן עד לבסיסו הממוקם בחלק הראשון של המעי הגס. ניתן לחיות ללא איבר זה ומבלי שיהיו לדבר השלכות כלשהן על הבריאות. האבחנה של דלקת בתוספתן נעשית על סמך הבדיקה הקלינית ובדיקות עזר נוספות. כיוון שאף בדיקה אינה מהימנה ב- 100% מהמקרים, יתכן שלמרות הממצאים בבדיקות שטרם הניתוח, יימצא במהלך הניתוח תוספתן תקין. במצב שכזה עשוי המנתח להחליט, בהסתמך על מגוון שיקולים, להסיר את התוספתן או להותירו במקומו. כאשר הניתוח מתבצע בגישה הפתוחה (חתך בדופן הבטן, חתך בבטן ימנית תחתונה) יעדיף המנתח לכווץ את התוספתן למעט במקרים מיוחדים.

לעיתים ימצא המנתח במהלך הניתוח תהליך דלקתי/זיהומי סביב התוספתן, מורכב והמנתח יעדיף רק להשאיר נקז ולהשלים את כריתת התוספתן במועד מאוחר יותר בעתיד.

לכריתת התוספתן קיימות שתי גישות ניתוחיות מקובלות, **גישה לפרוסקופית** המבוצעת דרך 3 פתחים בגודל עד 11 מ"מ בדופן הבטן. הבטן מנופחת בגז CO₂. דרך אחד הפתחים מוחדרת מצלמה לחלל הבטן וכך ניתן לצפות באיברים השונים. דרך שני הפתחים האחרים מוחדרים מכשירים באמצעותם מבוצעת הפעולה. בתום הפעולה מוצא התוספתן דרך אחד הפתחים ונשלח לבדיקה היסטו-פתולוגית. הגישה השנייה היא דרך **חתך בבטן ימנית תחתונה** העובר דרך שכבות הבטן השונות. פצעי הניתוח נסגרים עם מהדקי מתכת או תפרים אשר יוסרו כעבור כשבוע. במקרים של דלקת קשה או מורסה בסמוך לתוספתן המודלק יושאר נקז למספר ימים כדי לסלק הפרשות.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / אזורית / מקומית

שם המטופל:

שם האב

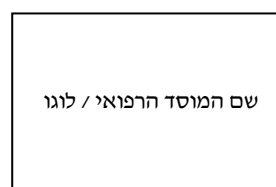
ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה



מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

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

שם משפחה		שם פרטי

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת תוספתן.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי: במצבי דלקת קלה בתוספתן קיימת אפשרות לטיפול לא ניתוחי באמצעות אנטיביוטיקה בלבד. על פי הספרות התגובה לטיפול זה עשויה להגיע לכ- 85-90% מהמקרים. המנתח הסביר לי כי בבחירתי בטיפול אנטיביוטי בלבד קיים סיכוי שיהיה צורך לניתוח במהלך האשפוז הנוכחי או בהמשך בשל התלקחות הדלקת.

במצבים של מורסה הצמודה לתוספתן מודלק ומנוקב הסביר המנתח כי יתכן כי יבחר בניקוז בלבד. במקרה זה כריתת התוספתן תבצע לאחר שוך הדלקת כעבור שבועות עד חדשים אחדים. ישנה גם אפשרות שלא להסיר כלל את התוספתן שהגיב טוב לטיפול אנטיביוטי אך במידה ותבחר באפשרות זו ישנו סיכוי של כ- 30% לחזרה של תהליך דלקתי בתוספתן בתוך שנה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח, לרבות כאב ואי נוחות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח לכריתת תוספתן יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: כריתת קטע מעי עקב מעורבותו בתהליך החולני, או כריתת שחלה וחצוצרה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום בפצע/ הניתוח, זיהום ברקמות רכות באזור הניתוח, זיהום תוך בטני באזור בו היה התוספתן. יתכן במהלך הניתוח פגיעה באיברי בטן אחרים כמו התנקבות מעי המתרחשת עקב החדרת המכשירים השונים במהלך ניתוח בגישה לפרוסקופית, פגיעה של מכשירי אנרגיה בהם נעשה שימוש בניתוח, או הפרדת הידבקויות הנדרשת כדי להגיע לאזור החולה. יתכן דלף צואה מבסיס התוספתן הנותר קשור. מקרים אלו עלולים להצריך התערבות ניתוחית בגישה פתוחה או מלעורית. כל ניתוח בטני ותהליכים דלקתיים וזיהומיים גורמים יצירת הידבקויות בחלל הבטן. אלו עלולות לגרום לחסימת מעי בטווח של ימים עד שנים רבות לאחר הניתוח. הידבקויות לאחר דלקת בתוספתן והניתוח לכריתתו עלולות לקרות באגן ולגרום לבעיית פוריות בנשים. בנוסף עלולים להתרחש סיבוכים המשותפים לכל ניתוח בטן אחר כמו דלקת בדרכי השתן, דלקת ריאות וקרישים בכלי הדם.

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לכריתת תוספתן יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והניתוח יתבצע בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח לכריתת תוספתן יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה 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.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח לכריתת תוספתן וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/פעולה/טיפול העיקרי/ת.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם אפוסטרופוס חתימת אפוסטרופוס (קירבה למטופל) (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)		
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.		

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל
-------------	--------------