

טופס הסכמה: ניתוח לסגירת מפרצת מוחית

Clipping of Brain Aneurysm

מפרצת מוחית היא שלוחה דמוית בלון היוצאת מדופן עורק במח. קיים סיכון שיווצר קרע בדופן המפרצת והיא תדמם, מצב העלול לסכן חיים. כדי למנוע דימום כזה, יש לחסום את מוצא המפרצת מן העורק. כאשר לא ניתן לחסום את המפרצת בעזרת צנתור, יש לנתח. בניתוח מורמת לוחית עצם בגולגולת, ולאחר איתור המפרצת וחשיפתה, מונח על צווארה אטב מתכתי קטן, החוסם את מעבר הדם אל תוכה. האטב מושאר במוח לצמיתות, ואינו מהווה בעיה. לוחית העצם מוחזרת למקומה, או מוחלפת בחומר סינתטי (אקריליק). במקרים נדירים תחזור העצם רק מאוחר יותר, בניתוח נוסף. לאחר הניתוח יתכן שיושאר נקז חיצוני למספר ימים, שישמש למדידת לחץ תוך גולגולתי ולניקוז נוזל המוח. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית

שם המנותח/ת:

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 בביצוע ניתוח לסגירת מפרצת מוחית (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרך הטיפול החלופית האפשרית, תופעות הלוואי שלה, והסיכונים והסיכונים הכרוכים בה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, ועל תופעות הלוואי כמו כאב ואי נוחות שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסבר לי הסיכונים האפשריים, כמו דימום, חסימה של כלי דם במוח ואוטם מוחי, נזק נוירולוגי קל או חמור, חולף או קבוע, זיהום מקומי, דלקת קרום המוח, דליפת נוזל המוח, הידרוצפלוס (הצטברות נוזל המוח). הובהר לי שיתכן צורך בניתוח נוסף כטיפול בסיכונים אלה. כמו כן הוסבר לי שבמקרים נדירים עלול הניתוח להסתיים במוות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי או אחריו, יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות כמו מעקף לכלי דם במוח או הכנסת מערכת מנקזת של נוזל המוח, חיצונית או פנימית, או פעולות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת, אך משמעותן הובהרה 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 או אחריו.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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 שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך שעה חתימת המנותח

במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש: שם האפוסטרופוס והקירבה חתימת האפוסטרופוס

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 מס' רישיון חותמת וחתימת הרופא/ה

* מחקי את המיתור.