

טופס הסכמה: ניתוח כריתת דיסקה בעמוד שידרה מותני DISCECTOMY

הניתוח מתבצע לצורך שחרור לחץ משורש עצב או שק הדורה על ידי הוצאת דיסקה סחוסית קרועה ו/או מנוונת, שפורצת ממקומה בין החוליות וגורמת לכאבים ו/או סימני קיפוח עיצבי. הניתוח מתבצע דרך חתך באזור הגב התחתון תוך הפרדת רקמות והסטת הקרום העוטף את חוט השדרה. במידת הצורך תיתכן הוצאה חלקית או שלמה של קשת חוליה (Laminectomy).

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 בביצוע ניתוח לכריתת דיסקה בין חולייתית מותנית (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, לרבות כאב ואי נוחות, החולפים בהדרגה. הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל שידרה המתרחשת לעיתים רחוקות, ובמקרים של למינקטומיה אפשרות של אי יציבות בקטע זה של עמוד השדרה. הוסבר לי כי סיבוכים אלה עלולים להצריך בעתיד ניתוחים לתיקונם. כן הוסברו לי הסיבוכים הנדירים לרבות התמדת הכאבים וסימני קיפוח עיצבי בדרגות חומרה שונות עד לשיתוק מלא בגפיים תחתונות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו, ולבצע למינקטומיה ו/או דיסקטומיה נוספת ו/או לקבע את החוליות ובמקרה שמדובר בניתוח חוזר, גם לסלק צלקת מהניתוח הקודם, או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים 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 ניתוחים שלדעת הרופאים יהיו חיוניים או נדרשים במהלך הניתוח העיקרי או מיד לאחריו.

הובהר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית ו/או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכן 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 שיעשו 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/אפוסטרופוס 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 | חתימה | מס' רשיון |
|------------|-------|-----------|

* מחק את המיותר

