

# טופס הסכמה: ניתוח לכריתת גידול בחוט השדרה

## REMOVAL OF SPINAL TUMOR

כריתת גידול בחוט השדרה כרוכה בהסרת הקשת הגרמית האחורית (למינה) של חוליה אחת או יותר. כדי לחשוף גידול הנמצא בתוך שק הדורה (הקרום העוטף את חוט השדרה) יש צורך בפתיחת קרום הדורה. תיתכן הוצאה חלקית של הגידול או ביופסיה ממנו בלבד, בהתאם לשיקולי המנתח. בתום הניתוח נתפר שק הדורה, לעיתים בעזרת טלאי מיוחד, אך אין מחזירים את קשתות החוליות שהוסרו כיוון שהשרירים מהווים הגנה מספקת. יתכן שבתום הניתוח יושאר בגב נקז עדין, שינקז את נוזל השדרה לשקית חיצונית במשך מספר ימים, כדי לאפשר ריפוי מהיר של החתך. על פי סוג הגידול ומידת כריתתו, יתכן שיהיה צורך בניחוח נוסף, או בהשלמת הטיפול בעזרת קרינה ו/או כימותרפיה. 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 לכריתת גידול בחוט השדרה (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, בעיקר כאב ואי נוחות, שצפויים לחלוף בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, שהם דמם, זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל שידרה, נזק נוירולוגי קל או קשה, כולל שיתוק חולף או קבוע של הגפיים מתחת לאזור המנותח, ואי שליטה על סוגרי השתן והצואה. הובהר לי שהסיכון לסיבוכים אלה גבוה יותר כשהגידול נמצא בתוך חוט השדרה. הובהר לי שיתכן שיהיה צורך בניחוח נוסף כטיפול בסיבוכים אלה, ושיתכן צורך בהכנסת נקז שדרתי לימים אחדים. הוסברה לי האפשרות שבמשך הזמן עלולה להתפתח אי יציבות בין החוליות המנותחות שיתכן שתטופל על ידי ניתוח לקיבוען.

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, לסלק צלקת מהניתוח הקודם, לבצע קיבוע חוליות, או הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיבוכים שלא ניתן לצפותם כעת, 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, ושהסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ע 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 שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

חתימת המנותח

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס והקירבה (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.

חותמת וחתמה

מס' רישיון

שם הרופא/ה

\* מחקי את המיותר.

