



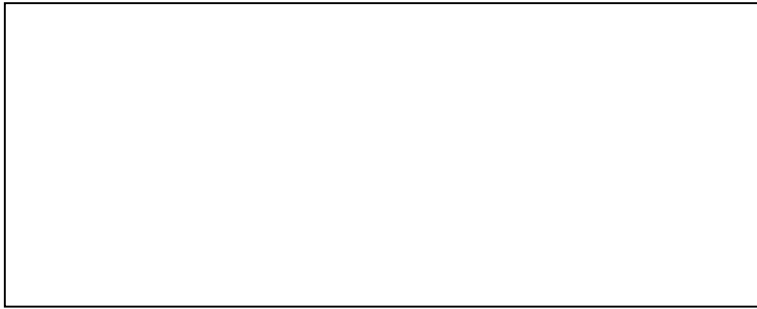
טופס הסכמה: ניתוח לכריתה של בלוטת/ות יותרת התריס *PARATHYROIDECTOMY*

ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה/ות שאינה מגיבה לטיפול תרופתי ו/או קיום גידול או שגשוג יתר, באחת או יותר מהבלוטות. בדרך כלל, קיימות 4 בלוטות של יותרת התריס. הבלוטות ממוקמות, במרבית המקרים, בצוואר בצמוד לבלוטת התריס או בתוכה. לפעמים ייתכן מיקום שונה ולא שגרת. בניית נכרתת/ות הבלוטה או הבלוטות החולות. הניתוח נערך בדרך כלל בהרדמה כללית ובמקרים מיוחדים, בהרדמה מקומית.

שם המטופל: _____

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 בכריתה של בלוטת/בלוטות יותרת התריס* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי שלעיתים, עקב קושי באיתור הבלוטה/ות החולה/ות בנייתוח, יהיה צורך להרחיב את היקפו בצוואר. במקרים נדירים ייתכן ולא ניתן יהיה לאתר את הבלוטה החולה ויהיה צורך לכרות אותה של בלוטת התריס או שיוחלט על ניתוח נוסף. כמו כן קיימת אפשרות של צורך בנטילת תכשירים חלופיים לפעילות הבלוטות (סידן ו/או ויטמין D) מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר, לתקופה שלא ניתן לצפותה או לכל החיים, כדי למנוע הופעת סיבוכים הקשורים בהפרת מאזן הסידן בגוף. הוסבר לי שלעיתים יושאר נקז באזור הניתוח. בכל מקרה תוותר צלקת באזור הצוואר. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלטות). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח לרבות: כאב ואי נוחות במשך מספר ימים, קושי זמני בבליעה ושינוי זמני בתחושה בעור הצוואר. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום שלעיתים יצריך התערבות ניתוחית חוזרת; זיהום באזור הניתוח; צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר ושיתוק של מיתר/י הקול; חזה אויר; הפרעות נשימה, שלעיתים נדירות ביותר יצריכו פיוס הקנה (טרכאטומיה). אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. 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 לצפותן כעת בוודאות או במלואן אך משמעותן הוסברה 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. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה 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. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדום.



אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה