

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הסרת נגע בעור REMOVAL OF CUTANEOUS LESION

הסרת נגע בעור או ברקמה התת עורית נעשית לצורך אבחנה, טיפול, או לצורך שיפור מראה אסתטי או נוחות. הנגעים יכולים להיות שפירים או בעלי תכונות ממאירות. בחירת השיטה להסרת הנגע תלויה בגודל הנגע, צורת בסיסו, מראהו ומיקומו בגוף, ובאם הנגע חשוד לממאירות. בכל מקרה של הסרת נגע תיוותר צלקת בדרגות שונות.

השיטות המקובלות להסרת נגע הן: כריתה כירורגית עם או בלי בקרה היסטופתולוגית מהירה, כריתה הנגע לפי שיטת מוז (MOHS), ושיטות הסרה אחרות: גירוד הנגע וצריבה במחט חשמלית, צריבה בלייזר, הקפאה בחנקן נוזלי או הקרנה. השיטה להסרת הנגע נבחרת בהתאם לסוג הנגע ולהתוויות המקובלות.

במקרים של כריתה כירורגית, יושפע היקף הכריתה מתכונות הנגע שהוזכרו. במקרים אלה ישוחרר אזור החסר ע"י קירוב שולי החתך ותפירתם (תפירה ראשונית). במקרה של חסר שאינו ניתן לשחזור ע"י תפירה צד לצד, ישוחרר אזור הכריתה ע"י הזזת עור מאזור סמוך (מתלה) או באמצעות השתלת עור שנלקח מאזור אחר (שתל). גודל הצלקת הנותרת עשוי להיות עד פי שלושה מגודל בסיס הנגע במקרה של תפירה ראשונית, או גדול יותר במקרה של שחזור על ידי מתלה או שתל. הוצאת התפרים מתבצעת, בדרך כלל, עד כשבועיים לאחר הכריתה, בהתאם לאזור הכריתה. במקרים בהם לא מתבצע שיחזור (תפירה) של שולי הכריתה, נותר פצע הניתוח פתוח לריפוי משני שנמשך, בדרך כלל, מספר שבועות. צורת הצלקת הנותרת תלויה באזור בו בוצעה הכריתה, מבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה.

הסרת הנגע מתבצעת, בדרך כלל, בהרדמה מקומית ולעיתים רחוקות ביותר בהרדמה אזורית או כללית. קיימים מקרים בהם יש צורך בכריתה מורחבת ו/או חזרת של אזור הנגע, בהתאם לתשובה הפתולוגית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הסרת נגע באזור _____ בשיטה _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").
ציינ את אזור הנגע _____ ציינ את השיטה _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, הסרת הנגע בשלמותו או ברובו, וכן על צורת הצלקת. הוסברו לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשריות להסרת הנגע, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הברדיקות והתהליכים הקשורים בהן, והתאמתן לנגע הספציפי. כמו כן הוסבר לי יתרונה של השיטה שנבחרה להסרת הנגע על פני החלופות האפשריות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. הובהר לי שבכל מקרה תיוותר צלקת באזור ממנו הוסר הנגע. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים, אי קליטת המתלה או השתל, צלקות בולטות, שינויים בפיגמנטציה ופגיעה בעצבים פריפריים. סיכונים אלה אינם שכיחים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהרבר 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 בזאת כי הסכמתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס* של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

*מחקר/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית
החברה הדרמטולוגית בישראל

