טופס הסכמה: ניתוח מסטואידקטומיה (MASTOIDECTOMY)

עצם המסטואיד הינה זיז גרמי מאחורי האוזן, המכיל חללי אוויר מרובים המתקשרים לחלל האוזן התיכונה. הניתוח מתבצע במטרה לכרות ולנקז זיהום כרוני, או גוש ציסטי (כולסטאטומה) ולעיתים כדי לטפל בדלקת חריפה שהתפשטה לעצם המסטואיד. הוראות פחות שכיחות לניתוח הן כריתת גידול, או כטיפול במחלת מניאר. לעיתים נזקקים לסדרת ניתוחים על מנת לסלק את כל המחלה. קיימים מצבים בהם הניתוח מלווה גם בהתערבות ניתוחית באוזן התיכונה ובעור התוף. ניקוי המסטואיד מהזיהום/ כולסטיאטומה/ גידול, מאפשר בהמשך לבצע, במידת הצורך, ניתוח לשיקום השמיעה. היקף הניתוח, סוג הניתוח והאפשרות למילוי חלל המסטואיד המנותח, ייקבעו על ידי המנתח בהתאם להיקף המחלה ושיקולים מקצועיים.
הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

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 בניתוח מסטואידקטומיה בצד _____ בשל _____

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות המחלה או הפרשות כרוניות. ייתכן שמלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד. בניתוח שבו משאירים חלל מסטואיד פתוח, יהיה צורך להרחיב את פתח תעלת השמע.
הוסבר לי שצפויה להיוותר צלקת ניתוחית. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות). לעיתים עלולה להשתנות עמדת האפרכסת.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות:, כאב באוזן, הפרשות מהאוזן, ירידה בתחושה באזור הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, טינטון (זמזום באוזן), סחרחורת עקב פגיעה באוזן פנימית, שיתוק זמני או קבוע של עצב הפנים, החמרה בליקוי השמיעה, חרשות, קרע בקרומי המוח ודליפה של נוזלי שדרה, דלקת קרום המוח, מורסה במוח, דימום מסיבי עקב פגיעה בכלי דם גדול.
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 הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך | שעה | חתימת החולה

שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס 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 | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

* מחק/י את המיותר

ט' 0000/ספטמבר 2013

MRM

ההסתדרות הרפואית בישראל | החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

הימוטקדיאוטסמ חותיג.indd 1 10/09/2013 12:24:20