

## טופס הסכמה: ניתוח לכריתה שלמה/ חלקית/ אונתית של בלוטת התריס (בלוטת המגן) **THYROIDECTOMY (LOBECTOMY / PARTIAL / TOTAL)**

ניתוח לכריתה בלוטת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה שאינה מגיבה לטיפול שמרני, או קיומו של מימצא בבלוטה. הניתוח נערך בהרדמה כללית ובמהלכו נכרת המימצא, הבלוטה או חלק ממנה. לרוב, יושאר נקז באזור הניתוח. כאשר מתוכנן ניתוח לכריתה אונה אחת קיימת אפשרות שיהיה צורך לכרות גם את האונה השנייה על סמך תשובה היסטולוגית בעת הניתוח, או על סמך תשובה היסטולוגית מאוחרת, שתצריך ניתוח נוסף.

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 בכריתה שלמה של בלוטת התריס / כריתה חלקית / כריתה ממצא\* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח ועל האפשרות שיהיה צורך בנטילת תכשירי יוד לאחר הניתוח לצורך השלמת הטיפול. כמו כן הוסבר לי על השארות צלקת ניתוחית בקדמת הצוואר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות במשך מספר ימים. כמו כן קיימת אפשרות של צורך בנטילת תכשירים הורמונליים חלופיים לפעילות הבלוטה מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים לרבות דימום שלעיתים יצריך התערבות ניתוחית חוזרת; זיהום באזור הניתוח; צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר ולעיתים נדירות שיתוק של מיתרי הקול; הפרעות נשימה שלעיתים נדירות יצריכו פיום הקנה (TRACHECTOMY); ירידה ברמת הסיידן בדם כתוצאה מפגיעה בבלוטות יתרת התריס (PARATHYROID) שיצריך טיפול תרופתי ממושך או קבוע.

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 על סמך תשובה היסטולוגית, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או כמלואן 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.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

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 שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו 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 את המיותר