

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: ניתוח עמוד שדרה מותני

LUMBAR SPINE SURGERY

שינויים ניווניים ודלקתיים בחוליות המותן ו/או בדיסקות שביניהן, יכולים לגרום ללחץ מתקדם על חוט השדרה ועצביו, ולהפרעה ביציבות עמוד השדרה המותני. לחץ זה גורם לכאבים ונוק נזירולוגי מתקדם. מטרת הניתוחים היא לעצור את התקדמות הכאב והנוק הנזירולוגי ולייצב את עמוד השדרה המותני. לחץ קדמי על חוט השדרה נגרם מגופי החוליות ומהדיסקות ביניהן. לחץ אחורי נגרם משינויים בקשתות החוליות. הניתוח מכונן לסילוק הדיסקות וחלקי החוליות המעורבים ביצירת הלחץ על העצבים. הוצאת הדיסקות (דיסקטומיה) וקשתות חוליה (למינקטומיה) בעמוד השדרה המותני מתבצעת בנישה אחורית, בקו האמצע של הגב התחתון. הוצאת גופי חוליה (קורפורקטומיה) מתבצעת בנישה קדמית ו/או צידית, דרך חלל הבטן. כדי למנוע אי יציבות בין החוליות, או כטיפול באי יציבות קיימת, מתבצע קיבוע של החוליות, בנישה אחורית ו/או גישה קדמית, על פי הצורך. להשגת היציבות מוכנסים לרווח שנותר לאחר הוצאת הדיסקות וגופי החוליות שתל עצם הנלקח מרכס האגן, או תחליפי עצם סינתטיים מהומרים שונים, או כלובי עצם המכילים חומרים מעודדי צמיחת עצם. קיבוע החוליות לאורכן יכול להיות קדמי ו/או אחורי ו/או צדדי, והוא נעשה תוך שימוש במוטות ו/או לוחיות מתכת המוצמדות לחוליות על ידי ברגים.

לאחר כל ניתוח מושאר נקו חיצוני לזמן קצר. לאחר ניתוח לקיבוע חוליות, צפויה הגבלה קלה או קשה בתנועות הגב התחתון, על פי מידת הקיבוע. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

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

על הצורך בביצוע ניתוח דיסקטומיה / קורפורקטומיה / קיבוע / למינקטומיה* בעמוד שדרה מותני (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 והסיכונים הכרוכים בטיפולים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי של הניתוח, לרבות כאב, נפיחות ואי נוחות בגב או בכתף, והפרעה בפעולת המעיים, כאב ו/או הפרעה בתחושה ברגלים ו/או בפלג הגוף התחתון, שיחלפו בהדרגה.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות דמם באזור הניתוח, זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל השדרה, דלקת קרום המוח, איחוי לקוי של החוליות ואפשרות של אי יציבות של עמוד השדרה המותני, פגיעה בכלי דם או באיבר אחר בבטן, נוק נזירולוגי קל או חמור, זמני או קבוע, ברגלים ו/או בסוגרים, הוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיכונים אלה. כמו כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שלמרות הניתוח, יתכן שכאבים ונוק נזירולוגי קיים לא יחלפו. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיבו, או לבצע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות ו/או טיפול בסיכונים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרהבה, 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 והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הוכחח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המנותח _____

שם האפוסטרופוס וקירבה (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____ חתימת האפוסטרופוס _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא התם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ מס' רישיון _____ חתימה והותמת הרופא/ה _____

* מחק את המיותר

