



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

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

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

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

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

על הצורך בכריתה שלמה של בלוטת התריס / כריתה חלקית / כריתת 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 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.

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.

שם האפוטרופוס (קירבה)	תאריך	שעה	ד
_____	_____	_____	_____

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
_____	_____	_____

*מתק את המיותר

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
איגוד רופאי אף אוזן גרון וכירורגיה של ראש וצוואר

