

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

## טופס הסכמה: ניתוח עמוד שדרה צווארי CERVICAL SPINE SURGERY

שינויים ניווניים ודלקתיים בחוליות הצוואר ו/או בדיסקות שביניהן, יכולים לגרום ללחץ מתקדם על חוט השדרה ועצביו, ולהפרעה ביציבות עמוד השדרה הצווארי. לחץ זה גורם כאבים ונוק נירולוגי מתקדם. מטרת הניתוחים היא לעצור את התקדמות הכאב והנוק הנירולוגי ולייצב את עמוד השדרה הצווארי. לחץ קדמי על חוט השדרה נגרם מגופי החוליות ומהדיסקות ביניהן. לסילוקם, מתבצע ניתוח בגישה קדמית, בצד הצוואר. בנייתו זה, מסירים חלק מגוף חוליה או את כולה (קורפורקטומיה), ו/או את הדיסקה הנמצאת בין החוליות (דיסקטומיה). לחץ אחורי על חוט השדרה נגרם מקשת החוליה, ובניתוח המחבצע מאחור מוסרת קשת החוליה (למינקטומיה). כדי למנוע אי יציבות בין החוליות, או כטיפול באי יציבות קיימת, מוכנסים לרווח שנתר לאחר הוצאת הדיסקות וגופי החוליות שתל עצם, או תחליפי עצם סינתטיים מחומרים שונים, או כלובי עצם המכילים חומרים מעודדי צמיחת עצם.

קיבוע החוליות לאורכן יכול להיות קדמי או אחורי, או בין החוליות לגולגולת, תוך שימוש בתיילי מתכת וברגים מיוחדים. במקרים נדירים משולבות שתי הגישות, הקדמית והאחורית.

לאחר כל ניתוח מרשאר נקו היצוני לזמן קצר, וצווארון סביב לצוואר לתקופת ההחלמה. לאחר ניתוח לקיבוע חוליות, צפויה הגבלה קבועה, קלה או קשה, בתנועות הצוואר, על פי מידת הקיבוע. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המנותח/ת: \_\_\_\_\_

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 בביצוע ניתוח דיסקטומיה / קורפורקטומיה / קיבוע / למינקטומיה \* בעמוד שדרה צווארי (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 בצוואר, וכן צרידות והפרעות בכליעה, שיחלפו בהדרגה. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות דמם בצוואר, זיהום באזור הניתוח, דליפת נוזל השדרה, דלקת קרום המוח, איחוי לקוי של החוליות ואפשרות של אי יציבות של עמוד השדרה הצווארי, פגיעה בכלי דם בצוואר, בושט, נוק זמני או קבוע בעצבוב מיתר קול, נוק נירולוגי קל או חמור, זמני או קבוע, כולל בגפים, בסרעפת ובסוגרים. הוסברה לי האפשרות שיהיה צורך בניתוחים נוספים כטיפול בסיכונים אלה. כמו כן הוסבר לי שקיימת אפשרות שלמרות הניתוח, יתכן שכאבים ונוק נירולוגי 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 הרחבה, 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 הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	התימת המנותח
_____	_____	_____

שם האפוסטרופוס וקירבה (במקרה של פסול דין, קטיין או הולה נפש) \_\_\_\_\_  
התימת האפוסטרופוס \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס 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 \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ התימת ותומת הרופא/ה \_\_\_\_\_

\* מחק את המיותר.

