



טופס הסכמה: כריתת גנגליון EXCISION OF GANGLION

גנגליון היא ציסטה המכילה נוזל צמיג הנוצרת בדרך כלל סביב גיד או פרק. ברוב המקרים הסיבה להיווצרותה אינה ברורה.

ניתוח לכריתת גנגליון מתבצע במטרה לשחרר את החולה מכאב, או להרחיק גוש לא אסתטי. הניתוח מתבצע באמצעות חתך באזור הגנגליון, שחרור הרקמות סביבו, הפרדתו מהמפרק או ממעטפת הגיד מהם הוא יוצא וכריתתו.

אם במהלך הניתוח יעלה חשד שמדובר בגידול מסוג אחר, יחליט המנתח אם להוציא את הגידול בשלמותו או להסתפק **בשלב ראשון** בנטילת ביופסיה לצורך אבחנה. החתך נתפר בתפרים שיוסרו לאחר מספר ימים. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותח/ת ולעיתים בהרדמה כללית. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

שם החולה:

שם המשפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
-----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה

על הצורך **בכריתת גנגליון ביד ימין/שמאל***, **משורש כף היד/מכף היד***, **בצד הכפי/הגבי***, **מאצבע 1/2/3/4/5*** (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן האפשרות, בשכיחות גבוהה, לחזרת הגנגליון והצורך בניתוח נוסף להסרתו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות ושטפי דם מקומיים הנספגים מאליהם. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הנדירים יחסית, לרבות דימום ממושך וזיהום שיצריכו טיפול. בדרך כלל אין צורך בטיפול פיזיותרפי לאחר הניתוח. 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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה 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.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר*

שם הרופא/ה המנתח/ת

X

חתימה

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

קרבת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

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

מס' הרישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחק/י את המיותר