

טופס הסכמה: ניתוח פיוס קנה (TRACHEOTOMY)

פיוס קנה הוא ניתוח שבו יוצרים פתח בקנה הנשימה דרך הצוואר התחתון, חלופי לדרכי הכניסה הטבעית (אף, פה). לפתח זה מוחדרת צינורית לצורך שימור הפתח. הניתוח מבוצע כאשר יש צורך במעקף של דרכי נשימה עליונות שנחסמו, או לצורך הנשמה ממושכת או לצורך ניקוז ושאיבת הפרשות מדרכי הנשימה. במצב של פיוס קנה, אין יכולת לדבר. קיים מצב בהם פיוס הקנה יישאר באופן קבוע. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית.

שם המטופל: _____

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

על הצורך בניתוח פיוס קנה בשל _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי קיימים מצבים של כשל טכני בביצוע הפיוס, המתבטאים באי יכולת להחדיר את הצינורית לקנה הנשימה, או החדרתה של הצינורית בסטייה מהמסלול המתוכנן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, ודימום קל משולי פצע הניתוח.

הוסבר לי שבכל מקרה תיוותר צלקת, צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מרים בהם תתפתחנה צלקות קלואודיות (צלקות עבות ובלטות).

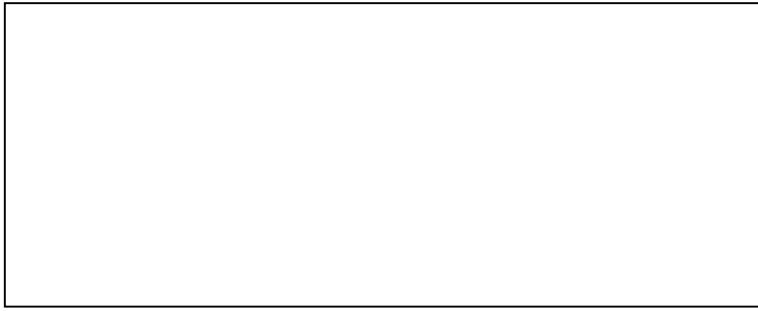
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: אי נוחות ממושכת, קושי בבליעה, זיהום והפרשה מפצע הניתוח, שעלול להתפשט לריאות או למיצר (מדיאסטינום), גרנולציות בפתח הטרכאוטומיה ובקנה הנשימה שיצריכו טיפול, דימום מסיבי מסכן חיים, ניקוב הריאה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט, נמק של סחוס קנה הנשימה, חסימה של צינורית ההנשמה וחנוק. במקום נדירים, עלולים חלק מהסיבוכים להסתיים במוות.

לאחר סגירת פיוס הקנה עלול להופיע שינוי זמני או קבוע בקול וכן נצור (פיסטולה) בין הקנה לעור.

אני נותן/ה 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 בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה 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 עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.



הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------
