

# טופס הסכמתה לניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז

## MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

### מבדקה

ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז, הינו שיטה ייחודית לטיפול בסרטן העור. הניתוח נקרא על שם ממציאו ד"ר פרדריק מוז. שיטת הניתוח עיילה ברוב סרטני העור, אך נעשה בה שימוש בעיקר לטיפול בסרטן נאי SQUAMOUS (BASAL CELL CARCINOMA) וסרטן תא קשך (SQUAMOUS CELL CARCINOMA). ניתוח מוז מתבצע בהרדה מוקנית ולעתים רחוקות מאוד מתבצע בהרדה כללית. במהלך הניתוח נכרתת הרקמה הנגועה בשכבות דקות בהיקף ובעומק הרקמה, הרקמה שהוצאה עובה ומייפוי ועיבוד במעבדה הסמוכה לחדר הניתוח, בשיטת החתכים הקפואים ונבדקת במיקרוסkop על ידי המנתה. כרימות נוספות של שריריות הרקמה סרטנית מתבצעות באוטה הצורה עד לזהוי הרקמה הבריאה במיקרוסkop. בתום הניתוח מתבצע שיחזור של האזור הפגום. השיחזור מתבצע באמצעות תפירת העור לצד, אם ניתן, או על ידי הזזת העור מאזור סמוך אל האזור הפגום (מתלה).

--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ג.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

שם פרטי

שם המשפחה

שם:

(ציין את מקום הניתוח)

על ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז MOHS MICROGRAPHIC SURGERY באזור

(להלן: "הניתוח העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתني הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_, שיורטי הישנות נמכרים ביוטר של הגידול ומאפשר שימירה מירבית על רקמה בריאה, אשר מקטינה את הפוטנציאל לצלקת או לעיות. הובהר לי, כי לא ניתן להעריך טרם הניתוח את ממדיו הכריתה וחוסר הרקמה שייתור לאחר הניתוח העיקרי. לעיתים חוסר הרקמה הינו גדול הרבה הנראה לעין טרם הניתוח העיקרי. הושברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות במקרה המקרה, לרבות: כריתה ללא בקרה מיקרוסקופית, הקפהה בחנקן נזולי, הקרנה מקומית או הרס הגידול על ידי לזר, לרבות הסיכוןים הכרוכים בכל אחד מהטיפולים האלה והבדיקות והתהליכים הקשורים בהם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על תופעות הלואה לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות, כמו כן, הושברו לי הסיכון האפשריים, במהלך הניתוח העיקרי ולאחריו, לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים ואי קליטת המתלה או השתל כתוצאה מהסיכון שהזוכרו. סיכון נוסף שכחחים. סיכון נוסף כתלות בוניתו:

אני מוכן/ת בזאת, את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי בידי המנתה: \_\_\_\_\_  
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהושברו לי הסיכון האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדה כללית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המודדים.

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול عليיכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכימים לכך שميدע שמו עבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוניי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמונעך לי (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטיו התקשורות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו.



מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך וקשר עם מתן השירותים שנינתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגופם המביטה) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיה דרושים או חיוניים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולת נש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתמתה על הסכמה בפני לאחר שוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מספר רישון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם