

# טופס הסכמה לכריתת גנגליון

## EXCISION OF GANGLION

### מדבקה

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 מהפרק 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 המנותחת, ולעיתים בהרדמה כללית, החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר: \_\_\_\_\_ שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

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 בנייתו נוסף להסרתו. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי-נוחות נפחות ושטפי דם מקומיים הנספגים מאליהם. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הנדירים יחסית, לרבות: דימום ממושך, זיהום, שיצריכו טיפול. בדרך כלל אין צורך בטיפול פיזיותרפי לאחר הניתוח.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי על ידי פרופי/ד"ר: \_\_\_\_\_ 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 הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica 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 יהיה צורך בביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי פרופי/ד"ר: \_\_\_\_\_

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מסי רשיון: \_\_\_\_\_

שם המתרגם \_\_\_\_\_ קשריו למטופל \_\_\_\_\_