



## טופס הסכמתה לניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז

### MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

#### mdbka

ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז, הינו שיטה ייחודית לטיפול בסרטן העור. הניתוח נקרא על שם ממציאו ד"ר פרדריק מוז. שיטת הניתוח ייעילה ברוב סרטני העור, אך נעשה בה שימוש בעיקר לטיפול הסרטן תאי SQUAMOUS (BASAL CELL CARCINOMA) וסרטן תא קשך (CELL CARCINOMA). ניתוח מוז מתבצע בהרדמה מקומית ולעתים רחוקות מאוד מתבצעה כללית. במהלך הניתוח נכרתת הרקמה הנגועה בשכבות דקות בהיקף ובעומק הרקמה, הרקמה שהזאה עוברת מיפוי ועיבוד במעבדה הסמוכה לחדר הניתוח, בשיטת החתכים הקפואים ונבדקת במיקרוסקופ על ידי המנתה. כריתות נוספות של שריר הרקמה הרטנית מתבצעות באוטה הצורה עד ליזויו הרקמה הבריאה במיקרוסקופ. בתום הניתוח מתבצע שיחזור של האזור הפגום. השיחזור מתבצע באמצעות תפירת העור צד לצד, אם ניתן, או על ידי הזזה העור מאזור סמוך אל האזור הפגום (מתלה).

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתني הסבר מפורט בעלפה מרופא/ד"ר: \_\_\_\_\_  
שם המשפחה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי: \_\_\_\_\_

על ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז MOHS MICROGRAPHIC SURGERY באזור \_\_\_\_\_  
(ציין את מקום הניתוח)  
(להלן: "הנitionה העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקומות, דהיינו, ניתוח בשיטת מוז מאפשר טיפול רפואי גבויים ביותר, טיפול רפואי היישנות נמכרים ביוטר של הגידול ומאפשר שמירה מירבית על רקמה בריאה, אשר מקטינה את הפוטנציאל לצלקת או לעיוות. הובהר לי, כי לא ניתן להעריך טרם הנitionה את ממדיה הכריתה וחוסר הרקמה שיוטר לאחר הנitionה העיקרי. לעיתים קרובות חוסר הרקמה הינו גדול הרבה יותר מגודל הנראה לעין טרם הנitionה העיקרי. הסבירו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות: כריתת ללא בקלה מיקרוסקופית, הקפהה בחנקן נזלי, הקרנה מקומית או הרס הגידול על ידי ליזור, לרבות הסיכויים הכרוכים בכל אחד מהטיפולים האלה והבדיקות וההשליכים הקשורים בהם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על תופעות הלואין לאחר הנitionה העיקרי, לרבות: כאב וαι נוחות, כמו כן, הסבירו לי הסיכויים האפשריים, במהלך הנitionה העיקרי ולהחריו, לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים ואי קליטת המתלה או השתל כתוצאה מהסיבות שהוזכרו. סיכויים אלה אינם שכיחים. סיכויים נוספים כמפורט בנitionה:

אני נותן/ת בזאת, את הסכמתי לביצוע הנitionה העיקרי בידי המנתה:  
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהסבירו לי הסיכויים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, אם יוחלט על ביצוע הנitionה בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על הרדמה על ידי המרדים.

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.  
אני מסכים לכך שמידע שמוועבר ל-**TLV MEDICAL** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתפרק אודוטי מכך מדור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הנitionה ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה). פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלומים ועוד), ירשם על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו.



**TLV  
MEDICAL**

מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפא, ויימסר על ידי המרפא לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) 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, פירושו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיה דרושים או חינניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

שם הרופא: \_\_\_\_\_ מס' רישון: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם המתרגם \_\_\_\_\_ קשיין למטופל \_\_\_\_\_