



## טופס הסכמתה להסרת נגע בעור

### REMOVAL OF CUTANEOUS LESION

#### מבדקה

הסרת נגע בעור או ברקמה התנתן עורית לצורך אבחנה, טיפול, או לצורך שיפור מראה אסתטי או נוחות. הנגעים יכולים להיות שפירים או בעלי תכונות ממאיות. בחרית השיטה להסרת הנגע תלולה בגודל הנגע, צורתו בסיס, מראהו ומקוםו בגוף, ובאם הנגע חשוד לממאיות. ככל מקרה של הסרת נגע תיוותר צלקת בדרגות שונות.

השיטות המקובלות להסרת נגע, הן: כריתת כירורגית עם או בלי בקירה היסטופתולוגית מהירה, כריתת הנגע לפי שיטת MOHS (MOH), ושיטות הסרה אחרות: גירוד הנגע וצרים במחט חשמלית, צריבה בליזיר, הקפהה בחנקן נזולי או הקרינה, השיטה להסרת הנגע נבחרת בהתאם לסוג הנגע ולהתווויות המקובלות.

במקרים של כריתת כירורגית, יושפע היקף הכריתה מתכונות הנגע שהווכרו. במקרים אלה ישוחזר האזור החסר ע"י קירוב שולי החתך ותפירותם (תפירה ראשונה). במקרה של חסר שאינו ניתן לשוחזר ע"י תפירה צד לצד, ישוחזר אזור הכריתה ע"י הזמת עור מאזור סמוך (מתלה) או באמצעות השתלת עור שלנקה מאזור אחר (שתל). גודל הצלקת הנותרת, עשוי להיות עד פי שלושה מגודל בסיס הנגע במקרה של תפירה ראשונית, או גדול יותר במקרה של שחזור על ידי מתלה או שתל, הוצאה התפרים מתבצעת, בדרך כלל, עד שבועיים לאחר הכריתה, בהתאם לאזור הכריתה. במקרים בהם לא מתבצע שחזור (תפירה) של שולי הכריתה, נותר פצע הניתוח פתוח לריפוי שניי שנמשך, בדרך כלל, מספר שבועות, צורת צלקת נותרת תליה באזורי בו בוצעה הכריתה, מבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה. הסרת הנגע מתבצעת, בדרך כלל, בהרדמה מקומית ולעיטים וחוקות ביותר בהרדמה אזורית או כללית, קיימים מקרים בהם יש צורך בכריתה מורכבת ו/או חזורת של אזור הנגע, בהתאם לתשובה הפטולוגית,

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

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

על הסרת נגע REMOVAL OF CUTANEOUS LESION באזור: \_\_\_\_\_  
ציין מקום הנגע \_\_\_\_\_  
בשיטה: \_\_\_\_\_  
(להלן "הטיפול העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקומות, דהיינו, הסרת הנגע בשלמותו או ברובו, וכן על צורת הצלקת, הוסבו לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשריות להסרת הנגע, וכן, הסיוכנים והסיכוןים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הבדיקות והתהאמות לנגע הספציפי. כמו כן, הוסבו לי יתרונה של השיטה הנבחרת להסרת הנגע על פני החלופות האפשריות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על תופעות הלואין לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, נפיחות, כאב ואי נוחות, הובילו לי שבכל מקרה תונוט צלקת באזור ממנו הוסר הנגע, כמו כן, הוסבו לי הסיוכנים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת תפרים, אי קליטת המתלה או השטל, צלקות בולטות, שינויים ב皮יגמנטציה ופגיעה בעצבים פריפריים. סיוכנים אלה אינם שכיחים.

אני מונע/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי ע"י פרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבו לי הסיוכנים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרידים.



**TLV** —  
**MEDICAL**

בדוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכימים לכך שמידע שמוועבר ל-**TLV** מזיקל (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנותר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמעונק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטיו התקשורות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במגاري 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 ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים ( לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והונגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיתו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרוחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

## חתימת החולה

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיורוט הדרוש וכי הוא/היא חתמה/ה על הסכימה בפני לאחר שvocabuntxi כי הביו/ה את הסברי במלאם.

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

קשרינו למטופל

שם המתרגם