



טופס הסכמה לכריית גנגליון

EXCISION OF GANGLION

מדבקה

גנליון היא ציסטה המכילה נוזל חמיג הנוצרת בדרך כלל סביב גיד או פרק. ברוב המקרים הסיבה להיווצרותה אינה ברורה. ניתן לכריית גנליון, מתבצע במטרה לשחרר את החוליה מכאב, או להרחק גוש לא אסתטי.

הניתוח מתבצע באמצעות חתך באזורי הנגלוין, שחרור הרקמות שביבו, הפרדתו מהפרק או ממעטפת הגיד מיהם הוא יוצא וכרייתנו. אם במהלך הניתוח יעלה חסד, שמדובר בגידול מסווג אחר, יחליט המנתח אם להוציא את הגידול בשלהותו או להסתפק בשלב ראשון שיסגור 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 שקיבלתني הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/^{ד"ר}: _____
שם פרטוי _____ שם המשקיפה _____

על החורך בכריתת גנגליון EXCISION OF GANGLION ימין שמאל, מושרש כף היד מכף היד, בצד הקפי הגבי, מאצבע 1 (להלן "הניתוח העיקרי") 2 3 4 5

הוסברו לי התוצאות המוקוט של הניתוח העיקרי המקורי וכן האפשרות, בשכיחות גבוהה, לחזרת הנגלוון והចורך בניתוח נסוך להסבירו

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי-נוחות נפשית ושתפי דם מוקמיים הנספגים מאלהם. כמו כן, הוסברו לי הסיכון והסיבוכיות הנדרים יחסית, לרבות: דימום ממושך, זיהום. שיצרכו טיפול. בדרכ כל איז אורד בטיפול פיזיולוגי לאחר הניתוח.

אני מונע/ת בזאת את הסכמתך לביצוע הניתוח העיקרי על ידי פרופ' ד"ר:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוקן מהלך הנition העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלה חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספת, שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובירה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי **TLV מדיקל** יהיו חיוניים או דרושים במהלך המהלך הנition העיקרי.

הסਮתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הדרמה מקומית ו/או אוריינית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסבו לי הסיכונים והסבירים של הדרמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הדרמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או סקלרי בהדרמה אזרחית.

אם יהיה צורך בפיתוח הניתוח העיקרי בהערכתה כללית, ינתן לי הסבר על ההערכתה על-ידי מרדדים.

אני יודעת ומסכימים/ה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי פרופ' ד"ר:



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמיידע שמוועבר ל- **TLV מזיקל** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתකבל אודוטי 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 רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלומים ועובד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מיידע 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 המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בcpf' להוראות כל דין.
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקו יחולו דין 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 חוווניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קריבת)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפирוט הדורש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר שוכחנתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.

מס' רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם