



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס PARATHYROIDECTOMY

ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס מבוצע במקרים של פעילות יתר של הבלוטה/ות שאינה מגיבה לטיפול תרופתי ו/או קיום גידול או שגשוג יתר באחת או יותר מהבלוטות.
בדרך כלל קיימות 4 בלוטות של יותרת התריס. הבלוטות ממוקמות בדרך כלל בצוואר, בצמוד לבלוטת התריס או בתוכה. לפעמים יתכן מיקום שונה ולא שגרתי. בנייתוח נכרתת/ות הבלוטה/ות החולות.
צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים) **כללית / אזורית / מקומית**
שם המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
תאריך	שעה	חתימת המטופל	

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת בלוטת/ות יותרת התריס.
כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי. ניתוח זה נערך לאחר הערכת אנדוקרינולוג ולאחר שנקבע כי טיפול כירורגי יהיה עדיף על טיפול תרופתי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח/הפעולה העיקרית/ות לרבות כאב ואי נוחות. לעיתים יושאר נקז באזור הניתוח וכי תיוותר צלקת ניתוחית בצוואר. יתכן קושי זמני בבליעה ושינוי זמני בתחושת העור בצוואר.
כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות דימום שלעיתים יצריך התערבות כירורגית חוזרת וזהוהם באזור הניתוח. הוסבר לי כי לעיתים, עקב קושי באיתור הבלוטה/ות החולה/ות בנייתוח יהיה צורך להרחיב את היקפו בצוואר. במקרים נדירים יתכן ולא ניתן יהיה לאתר את הבלוטה החולה ויהיה צורך לכרות אונה של בלוטת התריס או שיוחלט על ניתוח נוסף. יתכן כישלון של הניתוח ולא תושג שליטה על ערכי הסיידן בדם. כמו כן יתכן ויהיה צורך בנטילת תכשירים חלופיים לפעילות הבלוטה (סיידן ו/או ויטמין D) מיד לאחר הניתוח או במועד מאוחר יותר, לתקופה שלא ניתן לצפות אותה או לכל החיים, כדי למנוע הופעת סיבוכים הקשורים למאזן הסיידן. כמו כן תיתכן פעילות יתר של בלוטת התריס - תופעה זו חולפת בדרך כלל מעצמה אולם לעיתים נדרש טיפול תרופתי כדי לשלוט על תסמיני פעילות היתר. תתכן צרידות חולפת או קבועה כתוצאה מפגיעה בעצב החוזר (Recurrent Laryngeal Nerve) ושיתוק של מיתרי הקול, חזה אוויר והפרעות נשימה שלעיתים נדירות יצריכו פיום הקנה (Tracheotomy).
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח.
הוסבר לי שבמידה והניתוח יבצע בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.
ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.
אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח/הפעולה העיקרית/ת וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/הפעולה העיקרית/ת.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
שם המתרגם/ת	שם המתרגם/ת	קשריו למטופל

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.