

טופס הסכמה להסרה נגע בעור

REMOVAL OF CUTANEOUS LESION



הסרת נגע בעור או ברקמה התת עורית נעשית לצורך אבחנה, טיפול, או לצורך שיפור מראה אסתטי או נוחות, הנגעים יכולים להיות שפירים או בעלי תכונות ממאירות. בחירת השיטה להסרת הנגע תלויה בגודל הנגע, צורת בסיס, מראהו ומיקומו בגוף, ובאם הנגע חשוד לממאירות. בכל מקרה של הסרת נגע תיוותר צלקת בדרגות שונות. השיטות המקובלות להסרת נגע הן: כריתה כירורגית עם או בלי בקרה היסטופתולוגית מהירה, כריתה הנגע לפי שיטת מוז (MOHS), ושיטות הסרה אחרות: גירוד הנגע וצריבה במחט חשמלית, צריבה בלייזר, הקפאה בחנקן נוזלי או הקרנה, השיטה להסרת הנגע נבחרת בהתאם לסוג הנגע ולהתוויות המקובלות.

במקרים של כריתה כירורגית, יושפע היקף הכריתה מתכונות הנגע שהוזכרו. במקרים אלה ישוחזר אזור החסר ע"י קירוב שולי החתך ותפירתם (תפירה ראשונה). במקרה של חסר שאינו ניתן לשחזור ע"י תפירה צד לצד, ישוחזר אזור הכריתה ע"י הזאת עור מאזור סמוך (מחלה) או באמצעות השתלת עור שנלקח 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, הוצאת התפרים מתבצעת, בדרך כלל, עד כשבועיים לאחר הכריתה, בהתאם לאזור הכריתה. במקרים בהם לא מתבצע שיחזור (תפירה) של שולי הכריתה, נותר פצע הניתוח פתוח לריפוי נשני שנמשך, בדרך כלל, מספר שבועות, צורת צלקת נותרת תלויה באזור בו בוצעה הכריתה, מבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה. הסרת הנגע מתבצעת, בדרך כלל, בהרדמה מקומית ולעיתים קחוקות ביותר בהרדמה אזורית או כללית, קיימים מקרים בהם יש צורך בכריתה מורכבת ו/או חוזרת של אזור הנגע, בהתאם לתשובה הפתולוגית

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הסרה של נגע באזור _____ ציין מקום הנגע _____ בשיטה: _____ ציין את השיטה _____ (להלן "הטיפול העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, הסרת הנגע בשלמותו או ברובו, וכן על צורת הצלקת, הוסברו לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשריות להסרת הנגע, וכן, הסיבוכים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הבדיקות והתהליכים הקשורים בהן ובהתאמתן לנגע הספיציפי. כמו כן, הוסבר לי יתרונה של השיטה הנבחרת להסרת הנגע על פני החלופות האפשריות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות, הובהר לי שבכל מקרה תוותר צלקת באזור ממנו הוסר הנגע, כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת תפרים, אי קליטת המתלה או השתל, צלקות בולטות, שינויים בפיגמנטציה ופגיעה בעצבים פריפריים. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הטיפול העיקרי ע"י פרופ' ד"ר _____:

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולורי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

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

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רישיון _____