

טופס הסכמה לניתוח שחרור העצב המדיאני/אולנרי בתעלת שורש כף היד

RELEASE OF CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)

RELEASE OF ULNAR NERVE - GUYON'S CANAL

מדבקה

הניתוח מתבצע במטרה לשחרר את החולה מכאב המופיע בעקבות לחץ על העצב המדיאני / אולנרי בשורש כף היד, הסיבה ללחץ לרוב אינה ידועה, במיעוט המקרים נמצא גידול או שינוי אנטומי הגורם ללחץ, בחלק מן המקרים יש עדות לחבלה קודמת.

הניתוח מתבצע באמצעות חתך בעור באזור השורש כף היד. שחרור רקמות תת-עוריות וחיתוך הרצועה הלוחצת על העצב, אם במהלך הניתוח מתגלים ממצאים נוספים, כמו שגשוג רקמה סביב לגידים או הצטלקויות סביב העצב, יכרות המנתח את הרקמות המשגשגות וישחרר את העצב מצלקות.

החתך נסגר בתפרים שיוסרו לאחר כ-7 עד 14 יום. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית ו/או אזורית, בשילוב עם חוסם עורקים המותקן ביד המנותחת. החסימה עלולה לגרום לתחושה של לחץ בזרוע.

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

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

על ניתוח לשחרר העצב המדיאני האולנרי בתעלת שורש כף יד ימין שמאל (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסבר לי התוצאות המקוות של הניתוח וכן האפשרות להתאוששות איטית של העצב. במיעוט המקרים, מהלך ההחלמה, מלווה בתופעות הלוואי המוזכרות להלן, עשוי להיות ממושך, לעיתים התסמונת עלולה להישנות ותיקונה יצריך ניתוח חוזר.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בכף היד ובאצבעות, הגבלה בתנועה ושטפי דם תת עוריים הנספגים מאליהם. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום וזיהום שיצריכו טיפול.

אני נותן/נת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי על ידי פרופ' ד"ר: _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/נה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח עיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי נ.א.ר.א. מדיקל סנטר יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יהי צורך בביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי פרופ' ד"ר: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס _____ 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 הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון _____

חתימה _____

שם הרופא _____