הסכמה לניתוח הסרת נגע עורי

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 בסיסו מראהו ומיקומו בגוף, ובאם הנגע חשוד לממאירות. בכל מקרה של הסרת נגע תיוותר צלקת.

השיטות המקובלות להסרת נגע הן: כריתה כירורגית עם או בלי בקרה מיקרוסקופית בחתכים קפואים, כריתת 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 ראשונית). במקרה של חסר שאינו ניתן לשחזור ע"י תפירה צד לצד, ישוחזר אזור הכריתה ע"י הזזת עור מאזור סמוך (מתלה) 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 משני שנמשך, בדרך כלל, מספר שבועות. צורת הצלקת הנותרת תלויה באזור בו בוצעה הכריתה, מבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה. הסרת הנגע מתבצעת, בדרך כלל, בהרדמה מקומית ולעיתים רחוקות ביותר בהרדמה אזורית או כללית. קיימים מקרים בהם יש צורך בכריתה חוזרת של אזור הנגע, בהתאם לתשובה הפתולוגית.

המטופל – שם פרטי_____ שם משפחה_____שם האב_____ת.ז._____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' מאיר כהן על:
הסרת נגע באזור_____בשיטה_____ (להלן: "הניתוח 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 הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הבדיקות והתהליכים הקשורים בהן, והתאמתן לנגע הספציפי. כמו כן הוסבר לי יתרונה של השיטה שנבחרה להסרת הנגע על פני החלופות האפשריות. הוסבר לי כי בהסרה של נגע בלייזר לא נתן לבצע בדיקה פתולוגית, מיקרוסקופית של הנגע.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: שטפי דם, אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. הובהר לי שבכל מקרה תיוותר צלקת באזור ממנו הוסר הנגע. כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים, אי קליטת המתלה או השתל, צלקות בולטות, שינויים בפיגמנטציה (איבוד צבע או עודף צבע באזור הטיפול) ופגיעה בעצבים פריפריים שעלולה לגרום במיקומים מסויימים בגוף לחולשה ו/או חוסר תחושה זמנית או קבועה באזור הניתוח ו/או באזור סמוך לו. סיבוכים אלה אינם שכיחים.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי

הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. במדה ויהיה צורך בהרדמה כללית אקבל הסבר בנפרד מרופא מרדים.

אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לדר' מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת לדר' כהן להשתמש בצילומים לצרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגטלית תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מדע לא מדוייק וכי לא נתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל בי במסירות במידה ויהיו סיבוכים או תוצאות לא רצויות. אולם, הובהר לי כי לא ינתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, הובהר לי כי דר' כהן לא יכסה שום נזק כספי ו/או נזק אחר שיגרם לי בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז במתקן רפואי ו/או כל נזק ישיר או עקיף אחר שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימת המטופל _____ תאריך_____ שעה_____

חתימת אפוטרופוס_____ תאריך_____ שעה_____

קרבת האפוטרופוס: אב/אם/מונה על ידי בית המשפט/אחר*_____

(אפוטרופוס ישמש במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש).

אני מאשר כי הסברתי לחולה/אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש כי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

דר' מאיר כהן מ.ר. 25464 חתימה_____תאריך_____שעה_____
*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.