

הסכמה לניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז

ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז הינו שיטה ייחודית לטיפול בסרטן העור. הניתוח נקרא על שם ממציאו ד"ר פרדריק מוז. שיטת הניתוח יעילה ברוב סרטני העור אך נעשה בה שימוש בעיקר לטיפול בסרטן תאי בסיס (Basal Cell Carcinoma) וסרטן תאי קשקש (Squamous Cell Carcinoma). ניתוח מוז מתבצע בהרדמה מקומית. במהלך הניתוח נכרתת הרקמה הנגועה בשכבות דקות בהיקף ובעומק הרקמה. הרקמה שהוצאה עוברת מיפוי ועיבוד במעבדה הסמוכה לחדר הניתוח בשיטת החתכים הקפואים ונבדקת במיקרוסקופ על ידי המנתח. כריתות נוספות של שאריות הרקמה הסרטנית מתבצעות באותה הצורה עד לזיהוי רקמה בריאה במיקרוסקופ. בתום הניתוח מתבצע שיחזור של האזור הפגום. השחזור מתבצע באמצעות תפירת העור צד לצד, אם ניתן, או על ידי הזזת עור מאזור סמוך אל האזור הפגום (מתלה), או על ידי השתלת עור שנלקח מאזור מרוחק. במקום הניתוח נותרת צלקת. במקרים רבים היא עדינה וכמעט בלתי נראית ובמקרים מסוימים יותר בולטת. צורת הצלקת תלויה גם במבנה העור והתגובה לריפוי פצעים של כל חולה וחולה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, שניתוח בשיטת מוז מאפשר שיעורי ריפוי גבוהים ביותר, שיעורי הישנות נמוכים ביותר של הגידול ומאפשר שמירה מרבית על רקמה בריאה אשר מקטינה את הפוטנציאל לצלקת או לעיוות. הובהר לי כי לא ניתן להעריך טרם הניתוח את ממדי הכריתה וחוסר הרקמה שיוותר לאחר הניתוח העיקרי; לעיתים קרובות חוסר הרקמה הינו גדול הרבה יותר מגודל הגידול הנראה לעין טרם הניתוח העיקרי.

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות: כריתה ללא בקרה מיקרוסקופית, הקפאה בחנקן נוזלי, הקרנה מקומית או הרס הגידול על ידי לייזר, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מטיפולים אלה והבדיקות והתהליכים הקשורים בהם.

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 הסיכונים 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 מסוימים בגוף, לחולשה ו/או חוסר תחושה זמנית או קבועה באזור הניתוח ו/או באזור סמוך לו. סיכונים אלה ואחרים שלא פורטו אינם שכיחים.

שם פרטי _____ משפחה _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בכתב ובעל פה מדר' יואב אברהמי על ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז באזור _____ (להלן "הניתוח העיקרי").

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים/מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך-כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חותמת וחתימה _____