

טופס הסכמה מדעת ומרצון

הסרת נגע בעור

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 חשוך לממאירות. בכל מקרה של הסרת נגע תיוותר צלקת בדרגות שונות.

השיטות המקובלות להסרת נגע הן: כריתה כירורגית עם או בלי בקרה היסטופתולוגית מהירה, כריתה הנגעה 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 הנוותרת 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 הנוותרת 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 מורכבת ו/או חוזרת של אזור הנגע, בהתאם לתשובה פתולוגית.

אני הח"מ,

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
----------	---------	--------	-------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אכי פרידמן על הסרה של נגע באזור _____ בשיטה _____ (להלן "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, הסרת הנגע בשלמות 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.

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 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 ופגיעה בעצבים פריפריים. סיבוכים אלה אינם שכיחים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הטיפול העיקרי.

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

הנני מצהיר/ה כי טופס זה ניתן לי לקריאה ולחתימה זמן מספיק טרם ביצוע הפעולה, וכי קראתי הבנתי ושקלתי היטב את הכתוב בו טרם חתימתי מרצון. חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל.

ידוע לי כי כתב הסכמה זה מצוי באתר האינטרנט של ד"ר פרידמן www.dr-acky.com וניתן לעין בו בכל עת.

קראתי בעיון והבנתי את תוכנו של מסמך זה.

ניתנה לי האפשרות לקחת את כתב ההסכמה לביתי ולהתייעץ עם כל גורם שאבחר לרבות עו"ד. החלטתי ע"פ רצוני החופשי לבצע את הפעולה היום לאחר שקראתי, העמקתי והבנתי את תוכנו של כתב הסכמה זה.

תאריך _____ חתימת המטופל: _____
במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש:
שם האופטורופוס (קירבה) _____ חתימת האופטורופוס _____

אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאופטורופוס* 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
_____ חתימת הרופא