

Clinics

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.
Haifa 13 Sherit Hapleta st.
Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441
Tel. 972-4-8550930 טל.
Tel. 972-4-8550931 טל.
Tel. 972-4-9824777 טל.
Fax. 972-4-8550929 פקס.
www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה
נהריה - רח' סוקולוב 21

טופס הסכמה : הסרת 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 בסיסו, מראהו ומיקומו בגוף, ובאם הנגע חשוד לממאירות.

בכל מקרה של הסרת הנגע תיוותר צלקת.

שיטות (MOHS) השיטות המקובלות להסרת הנגע הן: כריתה כירורגית עם או בלי בקרה מיקרוסקופית בחתכים קפואים, כריתה הנגע לפי שיטת מוז הסרה אחרות: גירוד הנגע וצריבה במחט חשמלית, צריבה בלייזר, הקפאה בחנקן נוזלי או בהקרנה. השיטה להסרת הנגע נבחרת בהתאם לסוג הנגע ולהתוויות המקובלות.

במקרים של כריתה כירורגית, ישפע 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 הכרית ע"י הזזת עור מאזור סמוך (מתלה) או באמצעות השתלת עור מאזור אחר (שתל). גודל הצלקת הנותרת עשוי להיות פי 3 מגודל בסיס הנגע במקרה של תפירה ראשונית, או גדול יותר במקרה של שחזור על ידי מתלה או שתל.

הוצאת תפרים מתבצעת בדרך כלל, עד כשבועיים לאחר הכריתה, בהתאם לאזור כריתה.

במקרים בהם לא מתבצע שחזור (תפירה) של שולי הכריתה, נותר פצע 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.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר ג'קי גוברין .

על הסרת נגע באזור _____ בשיטה _____ (הטיפול העיקרי).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהינו, הסרת הנגע בשלמותו או ברובו, וכן על צורת הצלקת. הוסבר לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשריות להסרת הנגע, וכן הסיכויים 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 הינם שכיחים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

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 וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד הכפוף לחוק.

האחראי על הניתוח יהיה – דר' ג'קי גוברין .

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא

שם הרופא