

**טופס הסכמה: ניתוח לשחרור העצב המדיאני/אולנרי בתעלת שורש כף היד**  
**RELEASE OF CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)**  
**RELEASE OF ULNAR NERVE - GUYON'S CANAL**

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 שורש 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 מד"ר _____			
שם פרטי	שם משפחה		

על ניתוח לשחרור העצב המדיאני/האולנרי\* בתעלת שורש כף יד ימין/שמאל\* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו 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 הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בכף היד ובאצבעות, הגבלה בתנועה ושטפי דם תת עוריים הנספגים מאליהם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום וזיהום שיצריכו טיפול. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו 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 המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ו/או אזורית בשילוב עם חוסם עורקים, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, והאפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית.

אם יהיה צורך בביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח 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 בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

**שם האפוסטרופוס (קירבה)** \_\_\_\_\_ **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.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

\*מחקר/י את המיותר