

# טופס הסכמה: לניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז

## MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

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 ולעיתים רחוקות מאוד מתבצע בהרדמה כללית. 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. השיחזור 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. זמן ההחלמה לאחר הניתוח עד להוצאת התפרים הוא בדרך כלל בין 7 ל- 14 ימים. 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.

שם החולה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ על ניתוח מיקרוגרפי בשיטת מוז באזור \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").  
(ציין/י את מקום הניתוח)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקורות, 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 ליזר, 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 הניתוח העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים במהלך הניתוח העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים ואי קליטת המתלה או השתל כתוצאה מהסיכונים שהוזכרו. סיכונים אלה אינם שכיחים. סיכונים נוספים בתלות בניתוח \_\_\_\_\_

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו 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, וכי האחראי על הניתוח יהיה\* \_\_\_\_\_

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס** של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		

שם הרופא/ה	מס' רשיון	חתימה
* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת		
** מחק/י את המיותר		

ט' 123/01/86/PSURG/DERMA/1999 יוני