

מדבקה גדולה

טופס הסכמה לניתוח למחיצת האף ו/או כריתת/הקטנת קונכיות

SMR / SEPTOPLASTY AND/OR
CONCHOTOMY / TURBinate REDUCTION

ניתוח ליישור / כריתת מחיצת אף עקומה, מתבצע במקרים בהם קיימת הפרעה בזרימת האוויר עד כדי הפרעה בנשימה. קיימים מקרים בהם ההפרעה בזרימת האוויר נגרמת בשל גדילה ותפיחות של קונכיות האף, הנמצאות בדפנות הצדדיים של האף, עם או בלי סטיית המחיצה. במקרים אלה יהיה צורך בכריתת / הקטנת / צריבת קונכיות תחתונה אחת או שתיהן.

הניתוח מבוצע בתוך האף ללא חתכים חיצוניים. המנתח יחליט האם להשאיר תומכנים או טמפונים בחלל האף.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית עם זריקת טשטוש.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בניתוח לתיקון מחיצה ו/או כריתת / הקטנה של הקונכיות/ות בצד _____ בשל _____
(להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה.

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הניתוח לא יפתור את הבעיה התפקודית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, דימום, גלדים וריח רע באף, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה של השיניים העליונות והחך הקדמי.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: סינוסיטיס; נקב במחיצה שעלול לגרום לנשימה שורקנית, לגלדים ולדימומים; הדבקויות בין המחיצה לקונכיות; שינוי בצורה החיצונית של האף; פגיעה בחוש הריח (נדיר); יובש באף; דימום משמעותי עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית חוזרת; זיהום מסכן חיים מהטמפונים, אבצס במחיצה שיצריך ניקוז כירורגי.

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, בוודאות או במלואם, אך משמעותם הוסברה 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 עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ות ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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.

אני הח"מ מודעת/ת לכך שייתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוסטרופוס (קרבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-----------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופל* 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	חתימה	מספר רישיון
------------	-------	-------------

*מחקקי את המיותר