



מדבקת המטופל

גרסה 11/17

טופס הסכמה ל

**חיתוך "לשון קשורה"**  
**Lingual Frenulotomy**

ניתוח/פעולה לחיתוך "לשון קשורה" מתבצע, בדרך כלל, כאשר הרקמה שמחברת את הלשון לרצפת הפה קצרה מדי ומגבילה את תנועת הלשון בחלל הפה או את הוצאתה אל מחוץ לחלל הפה. מצב זה עלול לגרום לבעיות בהנקה, לשיבושי היגוי, להפרעה בהרטבת השפתיים, להגבלה בהרמת הלשון אל גג הפה ועקב כך ליצירת בעיות אורתודנטיות.

החיתוך מתבצע במספרים, סכין, או בלייזר ולעיתים עם פלסטיקה מקומית של הרירית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

הניתוח/פעולה מתבצע לרוב ללא הרדמה, או בהרדמה טופיקאלית (ביילודים), בהרדמה מקומית (בתינוקות שעדיין לא הנצו שיניים או במתבגרים ומבוגרים), או בהרדמה כללית (בילדים גדולים יותר או בחרדים מהרדמה מקומית).

**שם המטופל:**



שם משפחה / שם פרטי / ת.ז. / שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:



שם משפחה / שם פרטי



תאריך / שעה / חתימת המטופל / אפוטרופוס

על הצורך בחיתוך הפרנולום (שחרור לשון קשורה) (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על המשמעות של אי ביצוע הניתוח העיקרי שיחייב האכלה מבקבוק, טיפול אצל קלינאית/ת תקשורת בשל שיבושי היגוי, טיפולים אורתודנטיים בעתיד.

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב חיתוך לא מספק או הצטלקות מקומית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ודימום מקומי קל.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום מיידי או מאוחר שעלול להצריך פעולה בחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום או מתן עירוי של דם וגורמי קרישה; פגיעה בשיניים, בשפתיים, בחניכיים, בלשון או בלוע; פגיעה בצינורות הניקוז של בלוטת הרוק התת לסתית שעלולה להצריך ניתוח מתקן; במקרים נדירים תיתכן הצטלקות באזור הניתוח, שעלולה לגרום להחמרת ההגבלה בהנעת הלשון ותצריך ניתוח מתקן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח/ הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

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

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שעלי להודיע לרופא אם המטופל רגיש/הועלה חשד לרגישות (אלרגיה) לחמרי הרדמה מקומית או אחרת.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית (הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

---

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

---

---

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
--------------------------------	--

---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

---

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

---

---

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------

---