

## טופס הסכמה: שיחזור ניתוחי של האוזן

### \* אפרכסת האוזן / תעלת שמע חיצונית ו/או אוזן תיכונה

תיקון/שחזור ניתוחי של האוזן מתבצע במקרים של חסר מולד, חסימה/היצרות של תעלת השמע החיצונית, חבלות, עיוותים, גידולים או לצורך תיקון קוסמטי. לעיתים יש צורך בביצוע התיקון במספר שלבים ניתוחיים. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם משפחה	שם פרטי		

על ניתוח

פרט מהות הניתוח כולל חלק האוזן המנותח, שימוש בשתלים וסוג השתל המתוכנן:

באוזן ימין/שמאל/שתי האוזניים (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקווות ומגבלות יכולת התיקון/השחזור בניתוח והצורך האפשרי בביצוע התיקון במספר שלבים ניתוחיים. כמו כן הוסברו לי אפשרויות השחזור באמצעות שתל סחוס עצמוני או משתל סינטטי. כמו כן הוסברה לי החלופה לשחזור באמצעות תותב. הוסברו לי היתרונות והחסרונות בכל שיטה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, במקרה של תיקון/שחזור באפרכסת עלול להיות שינוי בתחושה באפרכסת.

הובהר לי כי בכל מקרה של ניתוח באוזן החיצונית, תוותרנה צלקות מאחורי האפרכסת ובכל מקרה של לקיחת שתל סחוס מהצלעות תוותרנה צלקות גם באזור בית החזה, ממקום נטילת הסחוס. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. קיימים מקרים בהם תתפתחנה באזור צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלטות).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום, דימום, ירידה בשמיעה, סחרחורת, טינטון, פגיעה בעצב הפנים, עד כדי שיתוק של עצב הפנים, ירידה בחוש הטעם.

במקרים של ניתוח באפרכסת הסיכון של זיהום עלול לגרום לאובדן עור ו/או סחוס וחוסר תחושה בעור האפרכסות. כמו כן, הוסבר לי שיתכנו גם סיכויים באזור ממנו נלקח השתל, לרבות: זיהום, דימום, חזה אוויר ושקע באזור קשת הצלעות. במקרה של שימוש במשתל סינטטי, קיימת אפשרות של דחיית השתל.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים 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 גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיזי תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיזי 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, סיכויים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

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

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, 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/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקים 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' רישיון

\* מחקי את המיותר

ט' 0000/0000/0000 ספטמבר 2013