כללית 100 שנה מעל
הכי טובה למשפחה

טופס הסכמה: ניתוח החדרת צינוריות אורור לאוזנים ("כפתורים")
INTRODUCTION OF VENTILATING TUBES (VT)

בניתוח מבוצע חתך בעור התוף ומוחדרת צינורית חלולה קטנטנה (2 מ"מ בערך), עם "כנפיים" שנתפסות משני צידי החתך ומונעות ממנה להחליק החוצה ממקומה.
ההוראות הרפואיות להחדרת "כפתורים" לעור התוף הן: נוזלים באוזניים בפרק זמן ממושך; דלקות חוזרות מרובות של אוזן תיכונה; מצב של עור תוף "סמרטוטי" שנשאב לתוך האוזן בגלל התפתחות לחץ שלילי וואקום בחלל אוזן תיכונה; מקרים מיוחדים של צורך בהזלפת תרופות לאוזן תיכונה; טיפול בתא לחץ.
מטרות הניתוח הן: לשפר את השמיעה, למנוע, או לפחות להפחית, את הדלקות באוזן תיכונה, ולמנוע סיבוכים לטווח ארוך.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית (בילדים) או מקומית (בחלק מהמבוגרים). הפעולה מבוצעת בהסתכלות באוזן דרך מיקרוסקופ מגדיל, חתך בעור התוף, שאיבת הנוזלים מהאוזן והחדרת הצינורית.

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 הצורך בניתוח החדרת צנורית/יות אוורור ("כפתורים") בצד ימין/שמאל/דו"צ*, בשל _____

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות נוזלים באוזניים, או פליטה מוקדמת של הצינורית, או אי הצלחה בהחדרת הצינורית. ברוב המקרים הצינורית נפלטת מעצמה מעור התוף בטווח זמן של חודשים עד כשנתיים, אך לעיתים, יהיה צורך בפעולה נוספת להוצאתה.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות דימום קל מהאוזניים; הפרשה מוגלתית מהאוזן דרך ה"כפתור" שיכולה לקרות עקב חדירת מים מבחוץ לאוזן או עקב הצטננות ודלקת אזן תיכונה שמתנקזת דרך ה"כפתור".
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: נקב שנותר בעור התוף לאחר שהצינורית נפלטת עם צורך בניתוח עתידי לסגירת הנקב; סתימה של הצינורית ע"י הפרשה או קרישי דם; הצטלקות של עור התוף; סבוכים נדירים ביותר: טינטון, פגיעה בטעם, פגיעה בעצב הפנים, פגיעה בכלי דם גדול באוזן, כולסטאטומה.
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 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 שאם הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
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 חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

_____
תאריך | שעה | חתימת החולה

_____
שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

ע', ספטמבר 2013/0000