

# טופס הסכמה: ניתוח לסקירת חלל אוזן תיכונה (אקספלורציה) ולשיקום השמיעה באמצעות פרוטזה

זהו ניתוח שמטרתו לבדוק מהי הסיבה לליקוי שמיעה הולכת ולשחזר את מנגנון הובלת השמיעה. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית בגישה דרך האוזן או בחתך מאחורי האוזן. לעיתים יש צורך לגלח את השיער מעל ומאחורי האוזן. הניתוח מתבצע בעזרת מיקרוסקופ ומכשירים מיוחדים. לפעמים יש צורך בחתך נוסף ברקה, בוריד ביד או באפרכסת כדי להוציא רקמה שמשמשת להשתלה. במקרה קיבוע של עצם הארכובה (אוטוסקלרוזיס) – תושלת פרוטזה מלאכותית ייעודית (סטפקטומיה/סטפדוטומיה). במקרי קיבוע או נתק של עצמימי שמע אחרים – ישוחרר הקיבוע או יבוצע שיקום שמיעה באמצעות פרוטזה, סחוס, או עצם שמע של החולה במיקום חדש (אוסיקולופלסטיקה). הניתוח מבוצע בהרדמה כללית (בילדים ובמבוגרים) או מקומית (בחלק מהמבוגרים).

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הצורך בסקירת אוזן ו/או סטפקטומיה ו/או אוסיקולופלסטיקה בצד \_\_\_\_\_ בשל \_\_\_\_\_

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניית חוזר עקב אי הצלחת שיקום השמיעה. ייתכן, חודשים ואף שנים לאחר שיקום שמיעה מוצלח, עלול התותב לזוז ממקומו או להיפלט וכתוצאה מכך השמיעה תדרדר ותזדקק/י לניתוח נוסף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום, כאב באוזן, רדימות באוזן הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: איבוד שמיעה חלקי או מלא באוזן המנותחת, הפרעה זמנית או ממושכת בשווי המשקל (סחרחורת), נקב בתופית המצריך ניתוח נוסף, טינטון (רעש באוזן), שיתוק של עצב הפנים.

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.

ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט 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 הערכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן להדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאידס (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 עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

