

## טופס הסכמה: ניתוח כריתת שקדים / אדנואידים "שקד שלישי" ADENOIDECTOMY / TONSILLECTOMY

ניתוח לכריתת שקדים/ אדנואידים מתבצע, בדרך כלל, בשל קשיי נשימה ו/או במצבים של דלקות חוזרות ו/או כרוניות, לעיתים כהליך למניעת סיבוכים, ו/או הפרעות באוזן התיכונה, ו/או הפרעות בדיבור, ו/או ליקוי בהתפתחות שלד הפנים. הניתוח מתבצע בהרדמה 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 הצורך בכריתת שקדים/אדנואידים ("שקד שלישי"), בשל			
(להלן: "הניתוח העיקרי").			

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב צמיחה מחודשת של האדנואידים (ה"שקד השלישי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות וקשיים בבליעה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום מיידי או מאוחר שעלול להצריך חזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום; זיהום, קשיים בבליעה עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד, פגיעה בשיניים, בשפתיים, בחניכיים ובלשון וכן פגיעה בדיבור, כולל אינפוז, שבמידה ולא תחלוף יהיה צורך בניתוח מתקן. במקרים נדירים תיתכן הצטלקות באזור הניתוח, שעלולה לגרום להצרות באזור הלוע ו/או התעלה המסתרת לאוזן התיכונה (eustachian tube), שתלווה בהפרעות בתפקוד הניתוח כרוך בהמותה במקרים נדירים ביותר.

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 דרשים במהלך הניתוח העיקרי.

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 ובריכתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וזיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחידרת וזיהום 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.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר 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 הוכטח לי שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

**תמצית ההסבר שניתן למטופל:**

---

---

---

---

---

**הערות:**

---

---

**הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה**

---

---

---

**נוכחים בשיחה:**

---

חתימת המטופל

שעה

תאריך

---

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

---

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה