

טופס הסכמה: ניתוח למחיצת האף ו/או כריתת/הקטנת קונכיות (SMR/SEPTOPLASTY AND/OR CONCHOTOMY/TURBINATE REDUCTION)

ניתוח ליישור/כריתה מחיצת אף עקומה, מתבצע במקרים בהם קיימת הפרעה בזרימת האוויר עד כדי הפרעה בנשימה. קיימים מקרים בהם ההפרעה בזרימת האוויר נגרמת בשל גדילה ותפיחות של קונכיות האף, הנמצאות בדפנות הצדדיים של האף, עם או בלי סטיית המחיצה. במקרים אלה יהיה צורך בכריתת/הקטנת/צריבת קונכיה תחתונה אחת או שתיהן. הניתוח מבוצע בתוך האף ללא חתכים חיצוניים. המנתח יחליט האם להשאיר תומכנים או טמפונים בחלל האף. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית עם זריקת טשטוש.

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 לתיקון מחיצה ו/או כריתה/הקטנה של הקונכיה/ות בצד _____ בשל _____

להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הניתוח לא יפתור הבעיה התפקודית. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, דימום, גלדים וריח רע באף, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה של השיניים העליונות והתך הקדמי. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: סינוסיטיס; נקב במחיצה שעלול לגרום לנשימה שורקנית, לגלדים ולדימומים; הדבקות בין המחיצה לקונכיות; שינוי בצורה החיצונית של האף; פגיעה בחוש הריח (נדיר); יובש באף; דימום משמעותי עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית חוזרת; זיהום מסכן חיים מהטמפונים; אבצס במחיצה שיצריך ניקוז כירורגי.

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 שבמידה והניתוח 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 שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו 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 ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה