

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 (סטפדקטומיה/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 סטפדקטומיה ו/או אוסיקולופלסטיקה בצד _____ בשל _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח 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, לשנות 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 הרדמה, 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 שייעשו 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