

## טופס הסכמה: ניתוח מסטואידקטומיה (MASTOIDECTOMY)

עצם המסטואיד הינה וזו גרמי מאחורי האוזן, המכיל חללי אוויר מרובים המתקשרים לחלל האוזן התיכונה. הניתוח מתבצע במטרה לכרות ולנקו זיהום כרוני, או גוש ציסטי (כולסטאטומה) ולעיתים כדי לטפל בדלקת חריפה שהתפשטה לעצם המסטואיד. הוראות פחות שכיחות לניתוח הן כריתת גידול, או כטיפול במחלת מניאר. לעיתים נזקקים לסדרת ניתוחים על מנת לסלק את כל המחלה. קיימים מצבים בהם הניתוח מלווה גם בהתערבות ניתוחית באוזן התיכונה ובעוד התוף. ניקוי המסטואיד מהזיהום/ כולסטאטומה/ גידול, מאפשר בהמשך לבצע, במידת הצורך, ניתוח לשיקום השמיעה. היקף הניתוח, סוג הניתוח והאפשרות לטילוי חלל המסטואיד המנותח, ייקבעו על ידי המנתח בהתאם להיקף המחלה ושיקולים מקצועיים. 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 פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על הצורך בניתוח מסטואידקטומיה בצד \_\_\_\_\_ בשל \_\_\_\_\_

(להלן: "הניתוח העיקרי"). \_\_\_\_\_

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות המחלה או הפרשות כרוניות. ייתכן שמלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד. בניתוח שבו משאירים חלל מסטואיד פתוח, יהיה צורך להרחיב את פתח תעלת השמע.

הוסבר לי שצפויה להיווצר צלקת ניתוחית. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות). לעיתים עלולה להשתנות עמדת האפרכסת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב באוזן, הפרשות מהאוזן, ירידה בתחושה באזור הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, טינטון (זמזום באוזן), סחרחורת עקב פגיעה באוזן פנימית, שיתוק זמני או קבוע של עצב הפנים, החמרה בליקוי השמיעה, חרשות, קרע בקרוטי המוח ודליפה של נוזלי שדרה, דלקת קרום המוח, מורסה כמות, דימום מסיבי עקב פגיעה בכלי דם גדול.

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.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן 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 הוכחו 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 האפטרופוס חתימת האפטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש ) \_\_\_\_\_

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפטרופוסו 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