



טופס הסכמה: ניתוח Rt/Lt Tympanoplasty

שם החולה:

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

אני מצהי/רה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה

אני סובל מדלקת כרונית של אוזן תיכונה ימין/שמאל, ועל כן יש צורך בביצוע ניתוח

Rt/Lt Tympanoplasty (להלן "הניתוח העיקרי").

במהלך הניתוח תבוצענה, בין השאר, הפעולות הבאות: חתך דרך או מאחורי האוזן, כניסה לאוזן תיכונה, בדיקה, ניקוי ושחזור עוצמות השמע (בהתאם לצורך), קידוח עצם (ב תופעות ההתאם לצורך), סגירת החור בעור התוף, תפירה, השארת מנקז, התוצאה המקווה היא: סגירת הנקב בעור התוף, שיפור השמיעה, כריתת הרקמה דלקתית. הסיכויים להצלחת הניתוח הם: לסגירת הנקב 70%-90%, לשיפור השמיעה – סיכוי שונה בהתאם למצב האוזן.

מלבד התוצאות המקוות, הוסברו לי הסיכונים הם סבירים הכרוכים בניתוח, וכן תופעות הלוואי לאחר הניתוח כדלקמן: צלקת מאחורי האוזן, כאבים וזיהום חיידקי, הצטברות דם מתחת לעור (המטומה), פגיעה בשמיעה, סחרחורת, פגיעה בעצב הפנים, אי קליטת השתל והשארות הנקב בעור התוף. במקרים מסוימים יש צורך בניתוח נוסף.

עוד פורטו בפניי דרכי הטיפול החלופיות, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת מהחלופות העיקריות כדלקמן: אין הכרח בניתוח, במקרה של זיהום – אפשר טיפול מקומי וכללי בתכשירים אנטיביוטיים. לטווח ארוך – עלולה השמיעה להיפגע ויתכנו סיבוכים.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח האמור לעיל. הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

ההרחבות/שינויים הבאים ייתכנו במהלך הניתוח, אך לא אלו בלבד: לקיחת פסיה טמפורלית, פריכונדריום או פריסטאום: השתלה של פרוטזות מסוגים שונים לשיקום השמיעה.

ידוע לי כי הניתוח אותו אני מסכים/ה לעבור _____, אינו בעל אופי חדשני.



הסכמתי ניתנת לבצוע הרדמה כללית או מקומית בהתאם לשיקול דעתם של הרפאים המטפלים, למעט _____ וזאת לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים (הרדמה כללית: נזק לשיניים, פגיעה במיתרי הקול ובדרכי נשימה עליונים כתוצאה מאינטובציה, תגובה אלרגית לחומרי הרדמה, ובמקרים נדירים – סיבוכים קשים יותר ואף מוות. הרדמה מקומית: תגובה אלרגית לחומרי הרדמה, כאבים מתמידים כתוצאה מפגיעה בעצב ובמקרים נדירים – סיבוכים קשים יותר).

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

X	שעה	תאריך
חתימה	שם	תאריך
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	קרבת האפוסטרופוס	שם האפוסטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

*מחק/י את המיותר.