

טופס הסכמה לטיפול כירורגי למשתלים זיגומטיים וטורבו-פטריגואידיים

Placement of Zygomatic and Turbo pterygoid Dental Implants



מבדקה

שימוש במשתלים דנטליים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם קיים חסר של שן אחת או יותר. הכנסת המשタル מתבצעת כפולה כירורגית. משלטים זיגומטיים וטורו-פטריגואידיים פותחו לפתרון שיקומי לסובלים מחוסר עצם ניכר בלסת העליונה שאינו מאפשר החדרת משלטים קונבנציונליים. המשלים מיועדים להיות מוחדרים לעצמות הזיגומה, טורוסיטי או לאזור הפטריגואידי לצורך שיקום דנטלי.

שם המטופל/ת: _____
שם המשפחה: _____
שם האב: _____
שם פרטי: _____
ת.ז.: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מרופא/ד"ר: _____
שם המשפחה: _____
שם פרטי: _____

על טיפול בי תוך שימוש במשתלים זיגומטיים ו/או טורו-פטריגואידיים בלסת העליונה.

פירוט (סוג, מיקום וכמויות): _____
(להלן: "הטיפול העיקרי").

הסביר לי על הטיפול הנדרש לביצוע משタル, לרבות על התוצאות המקומות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול במשתלים.

הסביר לי שעישון, מחלת חניכיים לא מטופלת וסוכרת, מגבירים באופן משמעותי את הסיכון לכישלון ההשתלה. הסבירה לי חשיבות הפסקת העישון לפני ואחרי הטיפול, טיפול במחלות חניכיים ואיוון מחלת הסוכרת. כמו כן, הסביר לי טיפול כירורגי יחד עם נטילת תרופות המשמשות לטיפול במקרים מסוימים כגון אוסטאופורוזיס, גוררות, מיאלומה נפוצה, ובמיוחד בשילוב טיפול בסטרואידים, עישון, וסוכרת מעלה את הסיכון לדלקת קרונית עד כדי נמק של עצמות הלסת. והסבירו לי תופעות הלואה של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות ניכרת. כאמור, שטפיים המתעוררים והגבלה בפתיחה הפה לפרק זמן מוגבל. כמו כן, הובילו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצב הפנים בעת ההשתלות שימושוותה הפרעה בתוחשה באופן זמני או קבוע, אפשרות פגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת הטיפול בלסת העליונה שתחייב טיפול נוספת, שברים בעצם הזיגומה ופגעה בклידים מרכזיים.

הסביר לי שאופן ומשך החרמלת העצם והחניכיים לאחר ניתוח החדרת המשタル וחיפויו הם אינדייבידואליים ולא ניתנים לחיזוי. הסבירה לי האפשרות לאי קליטת המשタル, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת המשタル יש צורך להוציאו ו/או לבצע טיפול מתקן.

כמו כן הסביר לי ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה הטיפול במקום אחד ובשתיות פעולה בין הרופא המשtaril לבין הרופא המשקם. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שاكتבל מהחצאות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבעת כל הטיפולים המשמריים והשיקומיים שאוזדק להם, וביצוע ביקורות בעמודדים שادرש להם.

אני נותר/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובחרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגעה בתוחשה בשפה ו/או בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים. שרטם מת עור, נפיחות והגבלה זמנית בפתחת הפה.
אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בטשטוש לווריד יינתן לי הסבר על ידי רופא מרדים.



דוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שמו עבור ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטים אישיים ופרטית התקשורת. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במagree המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך יישר ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכללות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהולו דעתך מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נוتن בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניני או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת המטפל

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתמו/ה על הסכמה בפני לאחר ששובכגעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא:

חתימה:

שם המתרגם

קשריו למטפל