



medica

## טופס הסכמה

# לניתוח החדרת צינוריות איוורור לאוזניים (כפתורים)

## INTRODUCTION OF VENTILATING TUBES (VT)

### מדבקה

בניתוח מבוצע חתך בעור התוף ומוחדרת צינורית חלולה קטנטנה (2 מ"מ בערך), עם "כנפיים" שנתפסות משני צידי החתך ומונעות ממנה להחליק החוצה ממקומה.

ההוראות הרפואיות להחדרת "כפתורים" לעור התוף, הן: נוזלים באוזניים בפרק זמן ממושך, דלקות חוזרות מרובות באוזן התיכונה, מצב של עור תוף "סמרטוטי" שנשאב לתוך האוזן בגלל התפתחות לחץ שלילי, וואקום בחלל האוזן התיכונה, מקרים מיוחדים של צורך בהזלפת תרופות לאוזן התיכונה, טיפול בתא לחץ.

מטרות הניתוח הן: לשפר את השמיעה, למנוע, או לפחות להפחית, את הדלקות באוזן התיכונה, ולמנוע סיבוכים לטווח ארוך. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית (בילדים) או מקומית (בחלק מהמבוגרים). הפעולה מבוצעת בהסתכלות באוזן דרך מיקרוסקופ מגדיל, חתך בעור התוף, שאיבת הנוזלים מהאוזן והחדרת הצינורית.

\_\_\_\_\_

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_  
שם המשפחה שם פרטי

על הצורך בניתוח החדרת צינוריות/יות איוורור ("כפתורים") (INTRODUCTION OF VENTILATING TUBES (VT))

בצד ימין  בצד שמאל  דו צדדי, בשל: \_\_\_\_\_ (להלן "הניתוח העיקרי")

הוסבר לי, שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות נוזלים באוזניים, או פליטה מוקדמת של הצינורית, או אי הצלחה בהחדרת הצינורית. ברוב המקרים הצינורית נפלטת בעצמה מעור התוף בטווח זמן של חודשיים עד כשנתיים, אך לעיתים יהיה צורך בפעולה נוספת להוצאתה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות: דימום קל מהאוזניים, הפרשה מוגלתית מהאוזן דרך "הכפתור" שיכולה לקרות עקב חדירת מים מבחוץ לאוזן או עקב הצטננות ודלקת אוזן תיכונה שמתנקזת דרך ה"כפתור". כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: נקב שנותר בעור התוף לאחר שהצינורית נפלטת עם צורך בניתוח עתידי לסגירת הנקב, סתימה של הצינורית ע"י הפרשה או קרישי דם, הצטלקות של עור התוף, סיבוכים נדירים ביותר: טינטון, פגיעה בטעם, פגיעה בעצב הפנים, פגיעה בכלי דם גדול באוזן, כולסטאטומה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי, לביצוע הניתוח העיקרי, בידי פרופ' ד"ר: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת 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 הרופא המנתח יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים בהרדמה מקומית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלולה לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה, הוסבר לי, שאם הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי 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, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) 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 בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

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.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_