



medica

# טופס הסכמה ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים

## ESS/FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (FESS)

### מדבקה

ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים מתבצע, לרוב, בשל אירועי סינוסיטיס כרונית שלא מגיבה לטיפול תרופתי, פוליפים באף ובסינוסים, שלא נסוגים בטיפול שמרני. לעיתים, הניתוח מתבצע גם עקב גידולים, ציסטות, גופים זרים, פטריה. מטרת הניתוח היא סילוק המחלה ושיפור הניקוז והאורור של הסינוסים החולים. היקף הניתוח נקבע על צפי ממצאים קליניים ורנטגניים ועשוי להתעדכן במהלך הניתוח.

הניתוח מבוצע בגישה דרך האף ללא חתכים חיצוניים, באמצעות אנדוסקופ, שהוא מכשיר אופטי המאפשר למנתח לראות מקרוב ובהגדלה, את אזור הניתוח, לאחר הניתוח, עשוי המנתח להשאיר טמפונים באף, הגורמים לאי נוחות. לעיתים, יש צורך לשלב גם ניתוח לתקון סטייה של מחיצת האף ו/או כריתה/הקטנה של הקונכיות. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

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

על הצורך בביצוע ניתוח הסינוסים (ESS/FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (FESS) עם/בלי ניתוח מחיצת האף, עם/בלי ניתוח הקונכיות, בצד: \_\_\_\_\_ בשל \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח עיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות המחלה, הפרשות כרוניות, או שלא תושג תוצאה תפקודית מספקת, ייתכן שמלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות כאב ואי נוחות, כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור הניתוח, הצטלקויות והדבקויות בין ריריות האף או הסינוסים עד כדי צורך בניתוח חוזר, פגיעה בחוש הריח, יובש באף, פגיעה בארובת העין - החל מבעיה קלה כגון שטף דם קל או אויר בעפעפים ועד, במקרים נדירים, פגיעה בשרירי הראיה או בחדות ראייה עד לעיוורון, פגיעה בדרכי הדמעות, פגיעה בקרומי המוח עם דלף של נוזלי מוח או דלקת קרום המוח, במקרים נדירים מאוד של פגיעה תת מוחית. אני נותן/נת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ה בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/נה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה 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 האפשריים 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 האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק.

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 ויישמר 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 \_\_\_\_\_

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוטרופוס 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: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם