

# טופס הסכמה לניתוח מסטואידקטומיה

## MASTOIDECTOMY

### מדבקה

עצם המסטואיד הינה זיו גרמי מאחורי האוזן, המכיל חללי אוויר מרובים המתקשרים לחלל האוזן התיכונה. הניתוח מתבצע במטרה לכרות ולנקז 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 ובעור התוף. ניקוי המסטואיד מהזיהום/כולסטאטומה/גידול, מאפשר בהמשך לבצע במידת הצורך, ניתוח לשיקום השמיעה. היקף הניתוח, סוג הניתוח והאפשרות למילוי חלל המסטואיד המנותח, ייקבעו על ידי המנתח בהתאם להיקף המחלה ושיקולים מקצועיים.

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 המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

על הצורך בניתוח מסטואידקטומיה MASTOIDECTOMY בצד:  ימין  שמאל בשל: \_\_\_\_\_

(להלן "הניתוח העיקרי") \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלוואי, הסיכויים והסיבוכים הכרוכים בטיפולים אלה. 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 להיות 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 הוסבר לי תופעות הלוואי 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 בקרומי המוח ודליפה של נוזלי השדרה, דלקת קרום המוח, מורסה במוח, דימום מסיבי עקב פגיעה בכלי דם גדול.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי, לביצוע הניתוח העיקרי, בידי פרופי/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 או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחריים ייעשו 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.

אני הח"מ מודע/ת לכך שיתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

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 המטופל/ת \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_ מסי רשיון: \_\_\_\_\_