

טופס הסכמה לניתוח

לסקירת חלל אוזן תיכונה (אקספלורציה)

ולשיקום השמיעה באמצעות פרוטזה

מדבקה

זהו ניתוח שמטרתו לבדוק מהי הסיבה לליקוי שמיעה הולכתי ולשחזר את מנגנון הובלת השמיעה. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית בגישה דרך האוזן או בחתך מאחורי האוזן, לעיתים יש צורך לגלח את השיער מעל ומאחורי האוזן. הניתוח מתבצע בעזרת מיקרוסקופ ומכשירים מיוחדים, לפעמים יש צורך בחתך נוסף ברקה, בווריד ביד או באפרכסת כדי להוציא רקמה שמשמשת להשתלה. במקרה קיבוע של עצם הארכובה (אוטוסקלרוזיס) - תושתל פרוטזה מלאכותית ייעודית (סטפדקטומיה/סטפדוטומיה). במקרי קיבוע או נתק של עצמימי שמע אחרים - ישוחרר הקיבוע או יבוצע שיקום שמיעה באמצעות פרוטזה, שחוס, או עצם שמע של החולה במיקום חדש (אוסיקולופלסטיקה). הניתוח מבוצע בהרדמה כללית (בילדים ומבוגרים) או מקומית (בחלק מהמבוגרים).

שם המטופל: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך בסקירת אוזן (אקספלורציה) ו/או סטפדקטומיה ו/או אוסיקולופלסטיקה, 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 אי הצלחת שיקום השמיעה. ייתכן, חודשים ואף שנים לאחר שיקום שמיעה מוצלח, עלול התותב לזוז ממקומו או להיפלט וכתוצאה מכך השמיעה תדרדר ותזדקק/י לניתוח נוסף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום, כאב באוזן, רדימות באזור הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: איבוד שמיעה חלקי או מלא באוזן המנותחת, הפרעה זמנית או ממושכת בשווי המשקל (סחרחורת), נקב בתופית המצריך ניתוח נוסף, טינטון (רעש באוזן), שיתוק של עצב הפנים.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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.

הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה 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 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 שייטכן 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: _____ מס' רשיון: _____