

טופס הסכמה לניתוח סגירת נקב בעור התוף

(TYMPANOPLASTY)

ו/או לשיקום שרשרת עצמות השמע

(OSSICULOPLASTY)



מדבקה

מטרת הניתוח לסגור נקב בעור התוף כדי למנוע דלקות, לשפר את השמיעה ולמנוע סיבוכים לטווח הארוך ו/או לשחזר את מנגנון הובלת השמיעה. הניתוח מתבצע בגישה דרך האוזן ו/או החתך מאחורי האוזן, לעיתים יש צורך לגלח את השיער מעל ומאחורי האוזן. השתל, משמש לסגירת הנקב בעור התוף, נלקח, בדרך כלל, מהמעטפת של שריר הרקה, לפעמים מסחוס האוזן ולעיתים מהשומן של תנוך האוזן. במקרים אלה, יתכן ויהיה צורך בחתך נוסף. שיעור ההצלחה בהשתלת עור התוף במבוגרים הוא מעל 90% ובילדים כ-80% לצורך שיקום פגיעה בעצמות השמע ניתן להשתיל תותב מלאכותי, סחוס, או להשתמש בעצם שמע של המנותח. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בניתוח טימפנופלסטיקה (TYMPANOPLASTY) ו/או אוסיקולופלסטיקה (OSSICULOPLASTY) בצד: ימין שמאל

בשל: _____ (להלן "הניתוח העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר 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 קליטת השתל, או אי הצלחת שיקום השמיעה. קיימים מצבים בהם מלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד, ייתכן, שחודשים ואף שנים לאחר השיקום שמיעה מוצלח, עלול התותב לזוז ממקומו או להיפלט וכתוצאה מכך השמיעה תדרדר ותזדקק/י לניתוח נוסף. הוסבר לי שבכל מקרה שיבוצע חתך חיצוני, תוותר צלקת. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלטות).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב באוזן, רדימות באזור הניתוח, כאב בעת לעיסה, ושינוי בתחושת הטעם. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום, טינטון (זמזום באוזן), פגיעה באוזן פנימית שעלולה לגרום לסחרחורת, במקרים נדירים (כ-1%) עלולה להופיע התדרדרות בשמיעה עד כדי חירשות, פגיעה בעצב הפנים היא נדירה מאוד, לרוב זמנית, אך תתכן גם פגיעה קבועה.

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 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 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: