

טופס הסכמה לניתוח מחיצת האף ו/או כריתת/הקטנת הקונכיות SMR/SEPTOPLASTY



AND/OR CONCHOTOMY/TURBinate REDUCTION

MDBKA

ניתוח לישור / כריתת מחיצת אף עוקמה, מתבצע במרקם בהם קיימת הפרעה בזרימת האויר עד כדי הפרעה בנשימה, קיימים מקרים בהם ההפרעה בזרימת האויר נגרמת בשל גדילה ותפייחות של קונכיות האף, הנמצאות בדפנות הצדדים של האף, עם או בלי סטיית המחיצה, במקרים אלה יהיה צורך בכריתת / הקטנת / צריבת קונכיה תחתונה אחת או שתיהן.
הניתוח מבוצע בתוך האף ללא חתכים חיצוניים, המנתה יחליט האם להשאיר תומכנים או טמפוןים בחלל האף.
הניתוח מבוצע בהרדים כללית או מקומית עם זריקת טשטוש.

שם המטופל/ת: _____
שם המשפחה: _____
שם פרט: _____
שם האב: _____
ת.ז.: _____

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

על הצורך בניתוח לתיקון מחיצת ו/או כריתת / הקטנה של הקונכייה/ות / SMR/SEPTOPLASTY AND/OR CONCHOTOMY TURBinate REDUCTION בצד ימין בצד שמאל בשל (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנסיבות המקרה, וכן על תופעות הלועאי, הסיכון והסיבוכיים הכרוכים בטיפולים אלה.

הוסבר לי שקיים מקרים בהם הניתוח לא יפתר את הבעיה התפקודית

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי של הנitionה העיקרי, לרבות כאב ואיינוחות, דימום, גלדים, וريح רע באף, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה של השינויים העליונים והחץ הקדמי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכון והסיבוכיים האפשריים של הנitionה העיקרי, לרבות: סינוסיטיס, נקב במחיצה שעלול לגרום לנשימה שורקנית, לגלים ולדימומים, הדבקויות בין המחיצה לקונכיות, שינוי בצורה החיצונית של האף, פגיעה בחוש הריח (נדיר), יובש באף, דימום משמעותי עד כדי צורך בתreatment חזרה, זיהום מסנן חיים מהטמונים, אבכז במחיצה שיוצר ניקוז כירוגני.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הנitionה העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיים אפשרות שתוך מהלך הנitionה העיקרי יתרברר שיש צורך להרחיב את היפוף, לשנותו או לנוקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספת, שלא ניתן לצפותם בעת בזודות או במלואם, אך משמעותם הובהה לי, לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלדעת רופאי medica יהיו חיוניים או דרושים במהלך הנitionה העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזקה תוך ורידית של חומר הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיבוכיים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה, והסיבוכיים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה.

הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדים כללית, הסבר על ההרדים ייתן לי על ידי המדרדים.



אני יודעת/ ומסכימים/ה לכך שהניתנו העיקרי וכל הליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי شيءו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים וב└בד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני החתום/ה מטה מודעת/ת לכך שיתכן שבמועד שחזרוי, הרופא אשר ינתן אותי, לא יהיה נוכח, במקרה זה, אני נתן/ת הסכמי
לכך שרופא אחר מטעמו יבצע את הליך השחרור שלי.

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכימים לכך שמידע שMOVEDר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתබל אודוטוי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או
מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול ניתוח, תוצאות
בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטיו התקשורות. אמצעי תשולם וعود), ירשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו,
בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות
כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי
על ידי המרפא, ויימסר על ידי המרפא לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בכפוף
להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנבע ממנו, לרבות, מבלתי לפגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או
תוקפו ו/או חוקיותו וכיויב יחולו דין מדינת ישראל.

בחתיימת מטה אני נתן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה
וכן לכל הרחבה, שיוני או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולים

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולת נשף)

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/ היא חתום/ה
על הסכמה לפני ואחר שוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מספר רישון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם