

טופס הסכמתה לרינゴסקופיה ישירה עם/ בלי ניתוח בגרון DML - Direct(Microscopic) Laryngoscopy



MDBKA

לринゴסקופיה ישירה היא פעולה בה מחדירים צינור רחב דרך הפה עד מעלה מיתרי הקול ודרך צופים (לרוב באמצעות מיקרוסקופ) במיתרי הקול ובשאר איברי הגרון. במידת הצורך ניתן לבצע ביופסיה מנגע חדש, לכנות פוליפים או נגעים אחרים ממיתרי הקול, להזריק חומרים לצורך שיקום הקול ובהוראות נוספות, הפעולות הכירורגיות, מבוצעות לרוב, באמצעות מכשירים מיקרוכורוגים ו/או לייזר או מכשור מתקדם אחר. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם המטופל/ת: _____
שם אב: _____
שם פרט: _____
שם משפחה: _____
ת.ז.: _____

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

על הצורך בלרינゴסקופיה ישירה עם בלי ניתוח בגרון בשל: _____

(להלן "הניתוח/הפעולה העיקרי").

הוסבר לי שקיים מקרים בהם לא תושג מטרת הניתוח והיה צורך לשקלול ביצוע נוסף, כמו כן, קיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב חזרת המחלת המקורית.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי של הניתוח העיקרי, לרבות כאב ואי נוחות, קשיי בליעה, צרידות זמנית. דימום חולף וכן שיבושים/שינוי זמני בתחום הטעם שעלול להתמשך עד מספר חודשים.

כמו כן הוסברו לי הסיכון והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: אי נוחות ממושכת, חבלה בשיניים, שינוי בקול, קושי בבליעה, ניקוב קנה הנשימה, ניקוב הריאה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הוושט ודימום, ירידה בתחשזה בלשון וחולשה זמנית של הלשון (נדיר). במקרים נוספים כתוצאה עלולים סיבוכים אלה להסתויים בממות. שימוש בליליור עלול לגרום לכוויות בחילוף הפה, בשפתים, בפנים ובבית הבליעה.

אני נתונים/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיים אפשרות, שתוך מהלך הפעולה העיקרי יתרברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשונתה, או לנקט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פועלות כירורגיות נוספות נזילות לצפותם בעת 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 רופאי medica יהו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסביר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים יושו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם להנלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי شيء, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובכלל שיעשו באחריות המקובלת ב- medica במקרה לחוק.



דוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שמו עבור ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטי 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, סיכון טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטים אישיים ופרטית התקשורת. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במagree המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך יישר ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) 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 בכללות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהולו דעתך מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נוتن בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניני או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

חתימת המטפל

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתמו/ה על הסכמה בפני לאחר ששובכגעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא:

חתימה:

שם המתרגם

קשריו למטפל