טופס הסכמה: ניתוח למחיצת האף ו/או כריתת/הקטנת קונכיות
(SMR/SEPTOPLASTY AND/OR CONCHOTOMY/TURBINATE REDUCTION)

ניתוח ליישור/כריתה מחיצת אף עקומה, מתבצע במקרים בהם קיימת הפרעה בזרימת האוויר עד כדי הפרעה בנשימה. קיימים מקרים בהם ההפרעה בזרימת האוויר נגרמת בשל גדילה ותפיחות של קונכיות האף, הנמצאות בדפנות הצדדיים 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. המנתח יחליט האם להשאיר תומכנים או טמפונים בחלל האף.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית עם זריקת טשטוש.

שם החולה: _____

שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה | שם פרטי

על הצורך בניתוח לתיקון מחיצה ו/או כריתה/ /הקטנה של הקונכיה/ות בצד _____ בשל _____

_____ להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הניתוח לא יפתור הבעיה התפקודית.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, דימום, גלדים וריח רע באף, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה של השיניים העליונות והחך הקדמי.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: סינוסיטיס; נקב במחיצה שעלול לגרום לנשימה שורקנית, לגלדים ולדימומים; הדבקויות בין המחיצה לקונכיות; שינוי בצורה החיצונית של האף; פגיעה בחוש הריח (נדיר); יובש באף; דימום משמעותי עד כדי צורך בהתערבות ניתוחית חוזרת; זיהום מסכן חיים מהטמפונים.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת 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 רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית 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 העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך | שעה | חתימת החולה

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/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

* מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל | החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ס' 2013 ספטמבר/0000

10/09/2013 12:12:07 תריכנוק תנסקה תתירכ ואו ריאה תציחמל חותיב.indd 1