

טופס הסכמה: ניתוח לסגירת נקב בעור התוף (TYMPANOPLASTY) ו/או לשיקום שרשרת עצמות השמע (OSSICULOPLASTY)

מטרת הניתוח לסגור נקב בעור התוף כדי למנוע דלקות, לשפר את השמיעה ולמנוע סיבוכים לטווח ארוך ו/או לשחזר את מנגנון הובלת השמיעה. הניתוח מתבצע בגישה דרך האוזן ו/או בחתך מאחורי האוזן. לעיתים יש צורך לגלח את השיער מעל ומאחורי האוזן. השתל, המשמש לסגירת הנקב בעור התוף, נלקח, בדרך כלל, מהמעטפת של שריר הרקה, לפעמים מסחסי האוזן ולעיתים מהשומן של תנוך האוזן. במקרים אלה, יתכן ויהיה צורך בחתך נוסף. שיעור ההצלחה בהשתלת עור תוף 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.

שם החולה:

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

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בניתוח טימופלסטיקה ו/או אוסיקולופלסטיקה בצד _____ בשל _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

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, חודשים ואף שנים לאחר שיקום 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 הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב באוזן, רדימות באזור הניתוח, כאב בעת לעיסה, ושינוי בתחושת הטעם.

כמו כן, הוסברו 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.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות 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 שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו 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
_____	_____	_____

* מחקי/את המיותר

