



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 07/18

טופס הסכמה ל

**ניתוח לטיפול בנחירה ודום נשימה בשינה**  
**Surgical Treatment for Snoring and Obstructive Sleep Apnea**

ניתוחים לטיפול בנחירות ודום נשימה חסימתי בשינה כוללים ניתוחים המבוצעים בשקדים, בחיך, בלוע, בלשון, בבסיס הלשון, בשקד הלשוני, במכסה הגרון (אפיגלוטיס) או בלוע התחתון/עצם הלשון בהתוויה של נחירות ו/או דום נשימה חסימתי בשינה. לעיתים יש צורך גם בניתוח באף (טופס הסכמה נפרד). הניתוח או השילוב הספציפי מותאם לכל חולה באופן אישי לפי הממצאים בבדיקה הפיזיקלית ובבדיקות העזר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

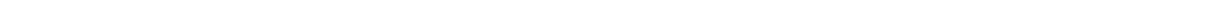
כללית / מקומית

שם המטופל:



שם משפחה      שם פרטי      ת.ז.      שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':



שם פרטי      שם משפחה



תאריך

שעה

חתימת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

על הצורך בניתוחים (פרט את סוג הניתוח):

בשל:

(להלן: "הניתוח העיקרי").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון, ירידה במשקל, מכשיר CPAP, התקן דנטאלי, כדור טניס בגב, תרגילים לחיזוק שרירי הלוע.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שייתכן ויהיה צורך בניתוחים נוסף/ים כדי להשיג את המטרה. ייתכן ומלכתחילה יתוכננו מספר שלבים. כמו כן הוסבר לי שייתכן והניתוח לא ישיג את התוצאות המקוות או שהתוצאות לא תשמרנה לאורך זמן וכעבור חודשים עד שנים יהיה צורך בניתוח נוסף או שימוש במכשיר CPAP או התקן דנטאלי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של ניתוח בלוע, בחיך, בלשון ובבסיס הלשון, לרבות: כאב עז אחרי הניתוח, אי נוחות וקשיים בבליעה, שינוי זמני בתחושת הטעם ותחושת יובש בלוע, הפרעה זמנית בתפקוד החיך.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

**בניתוחי חיך ולוע:** דימום מיידי או מאוחר (כעבור ימים) שעלול להצריך החזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום; קשיים בבליעה והתייבשות עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד; הפרעה מתמשכת בבליעה, תחושת יובש בלוע, שינוי בחוש הטעם; שינוי בקול, שינויים בהגייה של אותיות גרוניות; אי ספיקת חיך שתוביל לאנפוף פתוח ולבריחת נוזלים מהאף בזמן הבליעה, עד כדי צורך בניתוח מתקן; במקרים נדירים תיתכן



הצטלקות באזור הניתוח, שעלולה לגרום להצרות באזור הלוע, שתלווה בהפרעות בתפקוד ואף להחמרה בדום הנשימה החסימתי.

**בניתוחי בסיס לשון ולוע תחתון:** דימום מיידי או מאוחר (כעבור ימים) שעלול להצריך החזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום; זיהום/אבצס בלשון; קשיים בבליעה והתייבשות עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד; הפרעה מתמשכת בבליעה; ירידה בחוש הטעם, אבדן או עיוות של חוש הטעם; פגיעה בעצב הלשון שעלולה לגרום להפרעה בתנועתיות הלשון והפרעה במנגנון הלעיסה והבליעה; נפיחות בבסיס הלשון עד כדי סכנת חנק וצורך בפעולה דחופה כגון צנרור הקנה או פיום הקנה (טרכאוטומיה = פתח בצוואר להחדרת צינור לקנה הנשימה).

שימוש בלייזר עלול לגרום לכוויות בחלל הפה, בבית הבליעה, בשפתיים ובפנים.

הניתוח כרוך בתמותה במקרים נדירים ביותר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח.

הוסבר לי שבמידה והניתוח יתבצע בהרדמה כללית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

שם המוסד הרפואי / לוגו

**מדבקת המטופל**

אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית שיש לה ייתרון 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 שעלולות

לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.



אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים העיקרים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/הטיפול העיקרי.



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
--------------------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.



שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל
-------------	--------------

