



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 12/17

טופס הסכמה ל

**החדרת מכשיר שמיעה מעוגן עצם**

**BAHI (Bone Anchored Hearing Implant)**

מטרת הפעולה היא שיקום שמיעה כאשר לא ניתן להשתמש במכשיר שמיעה רגיל או במקרים של חירשות חד-צידית. המכשיר מעביר את גל הקול באמצעות רטט של הגולגולת אל שבלול האוזן.

הניתוח מבוצע דרך חתך מאחורי האפרכסת, במהלכו קודחים בעצם שנמצאת מאחורי האוזן, לצורך השתלת שתל, הדומה לבורג, שאליה יתחבר מכשיר השמיעה. יש מכשירים שמחייבים בורג שבולט מחוץ לעור ויש המאפשרים בורג תת-עורי. מספר שבועות לאחר הניתוח ניתן לחבר אל המשתל את מכשיר השמיעה.

במטופלים מסוימים (ילדים למשל) עשוי להתעורר צורך לחלק את הניתוח לשתי פעולות נפרדות זו מזו במספר שבועות עד חודשים.

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

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם המטופל:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



שם פרטי

שם משפחה



התימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע החדרת מכשיר שמיעה מעוגן עצם

בצד

מסוג

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון: אי-שיקום שמיעה, מכשיר שמיעה רגיל או CROS, BODY AID, שתל שבלול (בחירשות חד צידית).

לאחר הניתוח נדרשת תקופת הסתגלות ונדרש שיתוף פעולה של המושל ומשפחתו לצורך תהליך השיקום.

הוסבר לי שלאחר הניתוח יהיה עלי להיזהר מחבלה לאזור השתל.

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב אי הצלחה בקליטת השתל, זיהום, או תפקוד לקוי של השתל. לעיתים כעבור שנים, עלול להופיע כשל טכני של השתל. כמו כן, קיימת אפשרות של צורך בהחלפת השתל עקב זיהום, תגובה עורית קשה או הידרדרות בשמיעה שעלולה לחייב החלפת שתל מגנטי תת-עורי בשתל מילעורי עם בורג שבולט מחוץ לעור. זיהום כרוני של השתל או כאב כרוני עלול לחייב ניתוח מקומי להטריית העור ובמקרים קיצוניים אף את הוצאת השתל.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה בקרומי המוח שעלולה לגרום לדלף של נוזלי המוח, דלקת או זיהום בקרומי המוח או במוח, דימום מסיבי עקב פגיעה בכלי דם גדול. הוסבר לי שבכל מקרה תותר צלקת מאחורי האוזן. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תפתחנה צלקת קלואידית (צלקת עבה ובולטת). ייתכן ולא יצמח השיער באזור השתל.

מכשיר שהושתל תת עורית עלול למנוע ביצוע בדיקת MRI או שידרוש הערכות מיוחדות לפני ביצועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך החדרת מכשיר שמיעה מעוגן עצם 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/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח של החדרת מכשיר שמיעה מעוגן עצם יבוצע בהרדמה מקומית, 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 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 הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהחדרת מכשיר שמיעה מעוגן עצם וכל ההליכים העיקריים 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 הטיפול העיקרי:

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

חתימת אפוטרופוס  
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה 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
------------------	-------------	------------

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת