טופס הסכמה: שיחזור ניתוחי של האוזן

* אפרכסת האוזן / תעלת שמע חיצונית ו/או אוזן תיכונה

תיקון/שחזור ניתוחי של האוזן מתבצע במקרים של חסר מולד, חסימה/היצרות של תעלת השמע החיצונית, חבלות, עיוותים, גידולים או לצורך תיקון קוסמטי. לעיתים יש צורך בביצוע התיקון במספר שלבים ניתוחיים.
הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

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 ניתוח _____

פרט מהות הניתוח כולל חלק האוזן המנותח, שימוש בשתלים וסוג השתל המתוכנן: _____

_____ באוזן ימין/שמאל/שתי האוזניים (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון/השחזור בניתוח והצורך האפשרי בביצוע התיקון במספר שלבים ניתוחיים. כמו כן הוסברו לי אפשרויות השחזור באמצעות שתל סחוס עצמוני או משתל סינטטי. כמו כן הוסברה לי החלופה לשחזור באמצעות תותב.
הוסברו לי היתרונות והחסרונות בכל שיטה.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, במקרה של תיקון/שחזור באפרכסת עלול להיות שינוי בתחושה באפרכסת.
הובהר לי כי בכל מקרה של ניתוח באוזן החיצונית, תוותרנה צלקות מאחורי האפרכסת ובכל מקרה של לקיחת שתל סחוס מהצלעות תוותרנה צלקות גם באזור בית החזה, ממקום נטילת הסחוס. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. קיימים מקרים בהם תתפתחנה באזור צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובולטות).
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום, דימום, ירידה בשמיעה, סחרחורת, טינטון, פגיעה בעצב הפנים, עד כדי שיתוק של עצב הפנים , ירידה בחוש הטעם.
במקרים של ניתוח באפרכסת הסיבוך של זיהום עלול לגרום לאובדן עור ו/או סחוס וחוסר תחושה בעור האפרכסות.
כמו כן, הוסבר לי שייתכנו גם סיבוכים באזור ממנו נלקח השתל, לרבות: זיהום, דימום, חזה אוויר ושקע באזור קשת הצלעות. במקרה של שימוש במשתל סינתטי, קיימת אפשרות של דחיית השתל.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים 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' רישיון

* מחק/י את המיותר

פ' ספטמבר 2013/0000