

לרינגוסקופיה ישירה עם/בלי ניתוח בגרון DML – Direct (Microscopic) Laryngoscopy

לרינגוסקופיה ישירה היא פעולה בה מחדירים צינור רחב דרך הפה עד מעל מיתרי הקול ודרכו צופים (לרוב באמצעות מיקרוסקופ) במיתרי הקול ובשאר אברי הגרון. במידת הצורך ניתן לבצע ביופסיה מנגע חשוד, לכתוב פוליפים או נענים אחרים ממיתרי הקול, להרויק חומרים לצורך שיקום הקול ובהוראות נוספות. הפעולות הכירורגיות, מבוצעות לרוב, באמצעות מכשירים מיקרוכירורגיים ו/או ליזר או מכשור מתקדם אחר. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

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

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בלרינגוסקופיה ישירה עם/בלי* ניתוח בגרון בשל:

(להלן: "הניתוח עיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם לא תושג מטרת הניתוח ויהיה צורך לשקול ביצוע נוסף. כמו כן, קיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב חזרת המחלה המקורית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, קשיי בליעה, צרידות זמנית, דימום חולף וכן שיבוש/שינוי זמני בתחושת הטעם שעלול להתמשך עד מספר חדשים.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכויים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: אי נוחות ממושכת, חבלה בשיניים, שינוי בקול, קושי בבליעה, ניקוב קנה הנשימה, ניקוב הריאה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט ודימום. במקרים נדירים ביותר עלולים סיכויים אלה להסתיים במוות. שימוש בלייזר עלול לגרום לכוויות בחלל הפה, בשפתיים, ופנים ובבית הבליעה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

* מחקי/ את המיתר

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 שיינו או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/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 המטופל
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר /ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוסטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון

* מחקי את המיותר