טופס הסכמה: אנדוסקופיה של בלוטות הרוק (SIALOENDOSCOPY)

אנדוסקופיה של בלוטות הרוק היא פעולה שבה מחדירים סיב אופטי דקיק, דרך הפה, לצינור הניקוז של בלוטת בת האוזן (פרוטיד) או בלוטת הרוק התת לסתית. המנתח עשוי להכניס בנוסף גם מכשירים נוספים לצורך טיפול בבעיה שמתגלית כגון: אבן חוסמת, הצרות של צינורות הניקוז של בלוטת הרוק, ביופסיה מנגע דלקתי או חשוד לגידול, שטיפות של הבלוטה לסילוק אבנים והפרשות צמיגיות חוסמות ועוד. לעיתים יוזרק חומר ניגודי וישולבו צילומי רנטגן. לעיתים ישולב גם חתך חיצוני קטן בעור הפנים או מתחת ללסת. הגישה האנדוסקופית עשויה לשמש חלופה לניתוח פתוח.
הניתוח מבוצע לרוב בהרדמה מקומית ולעיתים בהרדמה כללית.
עליך להודיע לרופא באם הינך אלרגי/ת לחומרי הרדמה מקומית, או לחומר ניגוד.

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 הצורך באנדוסקופיה של צינור בלוטת הרוק _____ בצד _____

בשל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

במקרה של אי הצלחה בסילוק אבן או בפתיחת חסימה, או החמרה במצב ייתכן ויהיה צורך בניתוח עתידי לכריתה של הבלוטה החולה. לעיתים יהיה צורך בריסוק אבנים חיצוני.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות ונפיחות זמנית של הבלוטה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום בבלוטה, אי נוחות מתמשכת, חבלה בשיניים, שינוי בחוש הטעם, דימום, קושי בהנעת הלשון, התנקבות של צינור הרוק, פריצה לא מתוכננת לעור הפנים או הצוואר שגורמת לדלף רוק, פגיעה בסעיף של עצב הפנים עד כדי שיתוק חלקי בהנעת הפנים, הצטלקות של צינור הרוק והחמרת הבעיה, תגובה אלרגית לחומר שמוזרק.
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, 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 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.
אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה 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' רשיון

* מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
MRM