

טופס הסכמה: ניתוח כריתת שקדים / אדנואידיים "שקד שלישי"

ADENOIDECTOMY / TONSILLECTOMY

ניתוח לכריתת שקדים/ אדנואידיים מתבצע, בדרך כלל, בשל קשיי נשימה ו/או במצבים של דלקות חוזרות ו/או כרוניות, לעיתים כהליך למניעת סיבוכים, ו/או הפרעות באוזן התיכונה, ו/או הפרעות בדיבור, ו/או ליקוי בהתפתחות שלד הפנים. הניתוח מתבצע בהרדמה 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 הצורך בכריתת שקדים/אדנואידיים ("שקד שלישי"), בשל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב צמיחה מחודשת של האדנואידיים (ה"שקד השלישי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות וקשיים בבליעה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום מיידי או מאוחר שעלול להצריך חזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום; זיהום, קשיים בבליעה עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד, פגיעה בשיניים, בשפתיים, בחניכיים ובלשון וכן פגיעה בדיבור, כולל אינפוף, שבמידה ולא תחלוף יהיה צורך בניתוח מתקן. במקרים נדירים תיתכן הצטלקות באזור הניתוח, שעלולה לגרום להצרות באזור הלוע ו/או התעלה המחברת לאוזן התיכונה (eustachian tube), שתלווה בהפרעות בתפקוד. הניתוח כרוך בתמותה במקרים נדירים ביותר.

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.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר 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 שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו 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 את המיותר