

טופס הסכמה: ניתוח אף RHINOPLASTY

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או לשפר את מעבר האוויר. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה _____
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה
מד"ר _____

על ניתוח אף לצורך תיקון קוסמטי ו/או לצורך שיפור מעבר האוויר.

לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: יישור המחיצה / הרחקת טורבינות / תיקון אסתטי*.
פרט פעולות מתוכננות:

להלן: "הניתוח העיקרי" (הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, הקשורות, בין השאר, במבנה אפי, טיב העור המכסה את האף וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות חיצונית ופנימית, עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת-עוריים. הוסבר לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות בבסיס הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן הוסבר לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף; הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת. כמו כן יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדמעות, ואסימטריה במבנה האף. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן 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 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/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל. עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית(הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית. כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך מדבקת מטופל הנהלת בית החולים תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית(ויראלית) (ובאיידס) נגף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר. למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.



הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה _____

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

:

נוכחים בשיחה _____

חתימת המטופל _____ תאריך _____ שעה _____

שם האפוסטרופוס _____ חתימת האפוסטרופוס _____
במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש- אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוסטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם

שם הרופא וחתימה _____

