

## טופס הסכמה: ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים (FESS/ESS)

ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים מתבצע, לרוב, בשל סינוסיטיס כרונית שלא מגיבה לטיפול תרופתי, פוליפים באף ובסינוסים שלא נסוגים בטיפול שמרני, אירועי סינוסיטיס חוזרים. לעיתים גם עקב גידולים, ציסטות, גופים זרים, פטריה. מטרת הניתוח היא סילוק המחלה ושיפור הניקוז והאוורור של הסינוסים החולים.

הממצאים בבדיקת האף, צילומי ה-CT ומצב החולה מכתיבים אילו סינוסים צריך לנתח. הניתוח מבוצע בגישה דרך האף ללא חתכים חיצוניים. האנדוסקופ הוא מכשיר אופטי המאפשר למנתח לראות מקרוב ובהגדלה את איזור הניתוח. בחלק מהמקרים יש צורך לשלב גם ניתוח לתיקון סטייה של מחיצת האף, ו/או כריתה/הקטנה של רירית הקונכיות.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או מקומית. עליך להודיע לרופא לפני הניתוח באם הינך אלרגי לזריקות הרדמה מקומית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_

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 בניתוח אנדוסקופי באף ובסינוסים בצד ימין/שמאל בשל \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

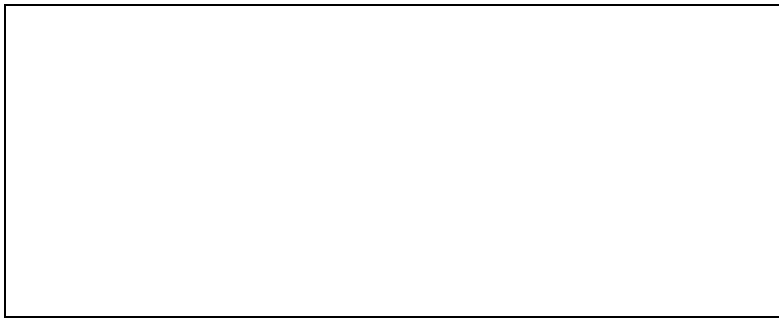
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, לחץ מטמפונים שמושארים בנחיריים לאחר הניתוח, דימום.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום באף או בסינוסים ולפעמים התפשטותו מעבר לאיזור הניתוח, הישנות של פוליפים באף בשכיחות גבוהה, במיוחד פוליפים אלרגיים. יתכן ויהיה צורך במהלך החיים לעבור יותר מניתוח אחד. הצטלקות וחסימה מחודשת של פתחי הסינוסים שיכולה להוביל לסינוסיטיס חוזרת ולעיתים לצורך בניתוח חוזר. הצטלקויות והידבקויות בין ריריות האף. סיבוך לא שכיח של פגיעה בחוש הריח. יובש באף. תוצאות תפקודיות בלתי מספקות. צורך בניתוח חוזר. פגיעה בארובת העין – החל מבעיה קלה כגון שטף דם קל או אוויר בעפעפיים ועד, במקרים נדירים, פגיעה בחוש הראייה או בחדות ראייה עד לעיוורון. פגיעה בדרכי הדמעות. פגיעה בקרומי המוח עם דלף של נוזלי המוח או דלקת קרום המוח. מקרים נדירים מאוד של פגיעה תוך מוחית.

הניתוח כרוך בתמותה במקרים נדירים.

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 שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/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 חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

---

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

---

שם האפוסטרופוס (קירבה למטופל)	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 הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

---

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------