

טופס הסכמה: הזרקת סטרואידים אינטרה-טימפנית (Intratympanic steroidal injection)

התופית הינה קרום המפריד בין תעלת השמע החיצונה לאוזן התיכונה. ההזרקת סטרואידים אינטרה-טימפנית מתבצעת על מנת לאפשר טיפול מקומי סטרואידלי לעצבי השמיעה והפנים, כאשר לא ניתן לטפל בטיפול סטרואידלי סיסטמי, או כאשר טיפול סיסטמי כשל. לעיתים נזקקים לסדרת הזרקות על מנת לפתור את הבעיה.

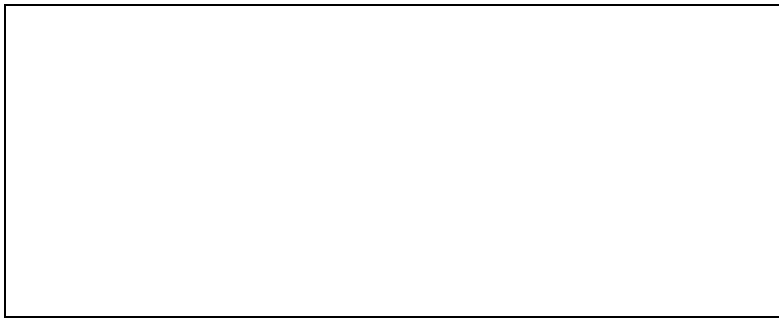
שם המטופל: _____

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 בביצוע הזרקת סטרואידים אינטרה-טימפנית באוזן <u>ימין/שמאל</u> בשל _____			
(להלן: הניתוח העיקרי).			

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בהזרקות חוזרות עקב היעדר שיפור. ייתכן שמלכתחילה יתוכננו סדרת הזרקות. הוסבר לי התוצאות המקוות, דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בהתאם למקרה, לרבות הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בחלופות ובפרוצדורה זו. הוסבר לי שצפוי להיות נקב בתופית המוזרקת למשך תקופה מסויימת, ויתכן אף נקב שיצטרך בעתיד לעבור סגירה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב באוזן, הפרשות מהאוזן, ירידה בתחושה באיזור ההזרקה, כאב בלעיסה, זיהומים של האוזן התיכונה, נקב משני להרדמה המקומית וכן סחרחורת הנמשכת למספר דקות. הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, טינטון (זמזום באוזן), סחרחורת עקב פגיעה באוזן פנימית.

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 הפרוצדורה יתברר שי צורך להרחיב את היקפה, לשנותה 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 מקומית.



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 האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-------------------------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס 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
---------------------------	----------------------	-------------------