



טופס הסכמה: ניתוח לסקירת חלל אוזן תיכונה (אקספלורציה) ולשיקום השמיעה באמצעות פרוטזה (סטפדקטומיה או אוסיקולופלסטיקה)

זהו ניתוח שמטרתו לבדוק מהי הסיבה לליקוי שמיעה הולכת ולשחזר את מנגנון הובלת השמיעה. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית בגישה דרך האוזן או בחתך מאחורי האוזן. לעיתים יש צורך לגלח את השיער מעל ומאחורי האוזן. הניתוח מתבצע בעזרת מיקרוסקופ ומכשירים מיוחדים. לפעמים יש צורך בחתך נוסף ברקה, בוריד ביד או באפרכסת כדי להוציא רקמה שמשמשת להשתלה. במידה ויימצא קיבוע של עצם הארכובה – תושתל פרוטזה מלאכותית ייעודית. במקרי קיבוע או נתק של עצמימי שמע אחרים – ישוחרר הקיבוע או יבוצע שיקום שמיעה באמצעות פרוטזה, סחוס, או עצם שמע של החולה במיקום חדש. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית (בילדים ובמבוגרים) או מקומית (בחלק מהמבוגרים).

שם המטופל: _____

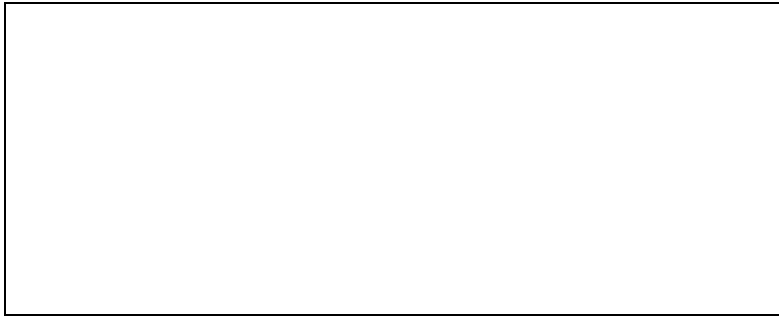
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

על הצורך בניתוח סקירת אוזן ו/או סטפדקטומיה ו/או אוסיקולופלסטיקה בצד _____ בשל _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב אי הצלחת שיקום השמיעה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות דימום, זיהום, כאב באוזן, רדימות באזור הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם, צלקת. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: איבוד שמיעה חלקי או מלא באוזן המנותחת, הפרעה זמנית או ממושכת בשווי המשקל (סחרחורת), חור בתופית המצריך ניתוח נוסף, טינטון (רעש באוזן), שיתוק של עצב הפנים. 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 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
--------------------	---------------	------------