



מדבקת המטופל

RAPHAEL רפאל
HOSPITALS | בתי חולים



טופס הסכמה: ניתוח כריתת בלוטת הרוק התת לסתית

EXCISION OF SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND

ניתוחים לכריתה חלקית או מלאה של בלוטת רוק תת לסתית, מבוצעים לרוב עקב דלקת כרונית בבלוטה, או אבן שחוסמת את הניקוז, או לצורך כריתת גידול. הניתוח מבוצע לרוב בהרדמה כללית.

שם החולה: _____

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

על הצורך בכריתה של בלוטת הרוק התת לסתית בצד ימין/שמאל בשל _____

להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסבר לי כי קיימים מקרים בהם לא ניתן יהיה לכרות את הבלוטה כמתוכנן וכן מקרים של חזרת המחלה המקורית שתצריך ניתוח נוסף/חוזר. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואי נוחות, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה בעור הצוואר והפנים. הוסבר לי שבכל מקרה תותר צלקת ושקע בצוואר. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות ובלוטות). כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: זיהום, דימום, הפרשת רוק מפצע הניתוח (פיסטולה), חולשה או שיתוק של הסעיף התחתון של עצב הפנים, הפרעה בהנעת הלשון, הפרעה בחוש הטעם, אי-נוחות ממושכת, תחושת יובש בפה.

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. אם הניתוח יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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 שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	_____
_____	_____	_____
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסכרי במלואם.

* מחקי את המיותר

ט' 5000/50000000