RAPHAEL רפאל
בתי חולים | מצויינות בבריאות

טופס הסכמה: ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים

ESS/FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (FESS)

ניתוח אנדוסקופי של הסינוסים מתבצע, לרוב, בשל אירועי סינוסיטיס חוזרים, סינוסיטיס כרונית שלא מגיבה לטיפול תרופתי, פוליפים באף ובסינוסים, שלא נסוגים בטיפול שמרני. לעיתים, הניתוח מתבצע גם עקב גידולים, ציסטות, גופים זרים, פטריה. מטרת הניתוח היא סילוק המחלה ושיפור הניקוז והאורור של הסינוסים החולים. היקף הניתוח נקבע על פי ממצאים קליניים ורנטגניים ועשוי להתעדכן במהלך הניתוח.
הניתוח מבוצע בגישה דרך האף ללא חתכים חיצוניים, באמצעות אנדוסקופ, שהוא מכשיר אופטי המאפשר למנתח לראות מקרוב ובהגדלה, את אזור הניתוח. לאחר הניתוח, עשוי המנתח להשאיר טמפונים באף, הגורמים לאי נוחות.
לעיתים, יש צורך לשלב גם ניתוח לתקון סטיה של מחיצת האף ו/או כריתה/הקטנה של הקונכיות
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או מקומית.

שם החולה: _____

שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר **שפירא** **ישגב**

שם משפחה | שם פרטי

על הצורך בניתוח הסינוסים עם/בלי ניתוח מחיצת האף, עם/בלי ניתוח הקונכיות, בצד _____ בשל _____

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות המחלה, הפרשות כרוניות, או שלא תושג תוצאה תפקודית מספקת. ייתכן שמלכתחילה יתוכנן יותר מניתוח אחד.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור הניתוח, הצטלקויות והדבקויות בין ריריות האף או הסינוסים עד כדי צורך בניתוח חוזר; פגיעה בחוש הריח; יובש באף; פגיעה בארובת העין – החל מבעיה קלה כגון שטף דם קל או אויר בעפעפים ועד, במקרים נדירים, פגיעה בשרירי הראיה או בחדות ראיה עד לעיוורון; פגיעה בדרכי הדמעות; פגיעה בקרומי המוח עם דלף של נוזלי מוח או דלקת קרום המוח; מקרים נדירים מאד של פגיעה תוך מוחית.
הניתוח כרוך בתמותה במקרים נדירים ביותר.
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.
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.
הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
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 האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

* מחק/י את המיותר

פ' 0000/ספטמבר 2013

MRM

ההסתדרות הרפואית בישראל | החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ