

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 07/18

טופס הסכמה ל

ניתוח לטיפול בנחירה ודום נשימה בשינה
Surgical Treatment for Snoring and Obstructive Sleep Apnea

ניתוחים לטיפול בנחירות ודום נשימה חסימתי בשינה כוללים ניתוחים המבוצעים בשקדים, בחיך, בלוע, בלשון, בבסיס הלשון, בשקד הלשוני, במכסה הגרון (אפיגלוטיס) או בלוע התחתון/עצם הלשון בהתוויה של נחירות ו/או דום נשימה חסימתי בשינה. לעיתים יש צורך גם בניתוח באף (טופס הסכמה נפרד). הניתוח או השילוב הספציפי מותאם לכל חולה באופן אישי לפי הממצאים בבדיקה הפיזיקלית ובבדיקות העזר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / מקומית

שם המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

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

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

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

על הצורך בניתוחים (פרט את סוג הניתוח):



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
 מקבוצת חדרס



שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

בשל:

(להלן: "הניתוח העיקרי").

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון, ירידה במשקל, מכשיר CPAP, התקן דנטאלי, כדור טניס בגב, תרגילים לחיזוק שרירי הלוע.

הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שייתכן ויהיה צורך בניתוח/ים נוסף/ים כדי להשיג את המטרה. ייתכן ומלכתחילה יתוכננו מספר שלבים. כמו כן הוסבר לי שייתכן והניתוח לא ישיג את התוצאות המקוות או שהתוצאות לא תשמרנה לאורך זמן וכעבור חודשים עד שנים יהיה צורך בניתוח נוסף או שימוש במכשיר CPAP או התקן דנטאלי.

אני מצהירה/ה ומאשרת/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של ניתוח בלוע, בחיך, בלשון ובבסיס הלשון, לרבות: כאב עז אחרי הניתוח, אי נוחות וקשיים בבליעה, שינוי זמני בתחושת הטעם ותחושת יובש בלוע, הפרעה זמנית בתפקוד החיך.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

בניתוחי חיך ולוע: דימום מיידי או מאוחר (כעבור ימים) שעלול להצריך החזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום; קשיים בבליעה והתייבשות עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד; הפרעה מתמשכת בבליעה, תחושת יובש בלוע, שינוי בחוש הטעם; שינוי בקול, שינויים בהגייה של אותיות גרוניות; אי ספיקת חיך שתוביל לאנפוף פתוח ולבריחת נוזלים מהאף בזמן הבליעה, עד כדי צורך בניתוח מתקן; במקרים נדירים תיתכן הצטלקות באזור הניתוח, שעלולה לגרום להצרות באזור הלוע, שתלווה בהפרעות בתפקוד ואף להחמרה בדם הנשימה החסימת.

בניתוחי בסיס לשון ולוע תחתון: דימום מיידי או מאוחר (כעבור ימים) שעלול להצריך החזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום; זיהום/אבצס בלשון; קשיים בבליעה והתייבשות עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד; הפרעה מתמשכת בבליעה; ירידה בחוש הטעם, אבדן או עיוות של חוש הטעם; פגיעה בעצב הלשון שעלולה לגרום להפרעה בתנועתיות הלשון והפרעה במנגנון הלקיחה והבליעה; נפיחות בבסיס הלשון עד כדי סכנת חנק וצורך בפעולה דחופה כגון צנור הקנה או פיוס הקנה (טרכאוטומיה) = פתח בצוואר להחדרת צינור לקנה הנשימה).

שימוש בלייזר עלול לגרום לכוויות בחלל הפה, בבית הבליעה, בשפתיים ובפנים.

הניתוח כרוך בתמותה במקרים נדירים ביותר.

אני מצהירה/ה ומאשרת/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח.

הוסבר לי שבמידה והניתוח יתבצע בהרדמה כללית ההסבר 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 שעלולות

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח/הטיפול העיקרי.

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

<p>שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)</p>	<p>חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)</p>
<p>אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסבריי במלואם.</p>	

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

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל
-------------	--------------

