



טופס הסכמה לניתוח החדרת צינוריות אורור לאוזנים (כפתורים)

INTRODUCTION OF VENTILATING TUBES (VT)

מדבקה

בניתוח מבוצע חתך בעור מהתוף ומוחדרת צינוריות חלולה קטנטנה (2 מ"מ בערך), עם "כנפיים" שנתפסות משני צידי החתך ומונעות ממנה החליק החוצה ממקומה.

ההוראות הרפואיות להחדרת "כפתורים" לעור התוף הן: נוזלים באוזניים בפרק זמן ממושך, דלקות חוזרות מרובות באוזן התיכונה, מצב של עור תוף "סמרטוטי" שנשאב לתוך האוזן בגלל התפתחות לחץ שלילי וואקום בחלל האוזן התיכונה, מקרים מיוחדים של צורך בהזלפת תרופות לאוזן התיכונה, טיפול בתא לחץ.

מטרות הניתוח הן: לשפר את השמיעה, למנוע, או לפחות להפחית, את הדלקות באוזן התיכונה, ולמנוע סיבוכים לטווח ארוך. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית (בילדים) או מקומית (בחלק מהמבוגרים). הפעולה מבוצעת בהסתכלות באוזן דרך מיקרוסקופ מגדיל, חתך בעור התוף, שאיבת הנוזלים מהאוזן והחדרת הצינוריות.

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

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

על הצורך בניתוח החדרת צינוריות/יות אוורור ("כפתורים") בצד ימין בצד שמאל זו צדדי, בשל: _____

(להלן הניתוח העיקרי) _____

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב הישנות נוזלים באוזניים, או פליטה מוקדמת של הצינוריות, או אי הצלחה בהחדרת הצינוריות. ברוב המקרים הצינוריות נפלטות בעצמה מעור התוף בטווח זמן של חודשיים עד כשנתיים, אך לעיתים יהיה צורך בפעולה נוספת להוצאתה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות: דימום קל מהאוזניים, הפרשה מוגלתית מהאוזן דרך "הכפתור" שיכולה לקרות עקב חדירת מים מבחוץ לאוזן או עקב הצטננות ודלקת אזן תיכונה שמתנקזת דרך "הכפתור". כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: נקב שנותר בעור התוף לאחר שהצינוריות נפלטות עם צורך בניתוח עתידי לסגירת הנקב, סתימה של הצינוריות ע"י הפרשה או קרישי דם, הצטלקות של עור התוף, סיבוכים נדירים ביותר: טינטון, פגיעה בטעם, פגיעה בעצב הפנים, פגיעה בכלי דם גדול באוזן, כולסטאטומה.

אני נותן/נת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי, בידי פרופי/ד"ר: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת 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 הרופא המנתח יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים בהרדמה 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 שאם הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

חתימת החולה _____ שעה _____ תאריך _____

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____