



תאריך: _____

טופס הסכמה: ניתוח כריתת שקדים / אדנואידים "שקד שלישי"
ADENOIDECTOMY / TONSILLECTOMY

ניתוח לכריתת שקדים/אדנואידים מתבצע, בדרך כלל, בשל קשיי נשימה ו/או במצבים של דלקות חוזרות ו/או כרוניות, לעיתים כהלך למניעת סיבוכים, ו/או הפרעות בדיבור, ו/או ליקוי בהתפתחות שלד הפנים.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם החולה: _____

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

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

שם פרטי ושם משפחה

על הצורך בכריתת שקדים/אדנואידים ("שקד שלישי"), בשל _____
 (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב צמיחה מחודשת של האדנואידים (ה"שקד השלישי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות וקשיים בבליעה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום מיידי או מאוחר שעלול להצריך חזרה לחדר ניתוח לצורך עצירת הדימום, זיהום, קשיים בבליעה עד כדי צורך באשפוז לצורך מתן נוזלים לווריד, פגיעה בשיניים, בשפתיים, בחניכיים ובלשון וכן פגיעה בדיבור, כולל אינפוף, שבמידה ולא תחלוף יהיה צורך בניתוח מתקן. במקרים נדירים תיתכן הצטלקות באזור הניתוח, שעלולה לגרום להצרות באזור הלוע ו/או התעלה המחברת לאוזן התיכונה (eustachian tube), שתלווה בהפרעות בתפקוד.

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 בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת חק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה 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.



-2-

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי המרדים.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

X

חתימה

שעה

תאריך

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

קרבת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

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 הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחק/י את המיותר