



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה לטיפול כירורגי עקירת שן בינה ו/או אפיסקטומי Surgical procedure / Tooth extraction / Apicectomy

שם החולה: _____

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

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____
על הצורך בביצוע טיפול כירורגי / עקירת שן / אפיסקטומי * (כריתת חוד השורש) : _____
(להלן: "הטיפול העיקרי").

פירוט הטיפול

הוסברו לי התוצאות המקוות, ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה וכן התוצאות העלולות לנבוע מחוסר טיפול.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: נפיחות, כאב, שטפי דם תת עוריים והגבלה בפתירת הפה לפרק זמן מוגבל.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולרי ו/או הלינגואלי בעת טיפול בלסת התחתונה, שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה התחתונה ו/או בסנטר ו/או בלשון בצד המטופל ואפשרות של פגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת טיפול בלסת העליונה.

כן ברור לי ואני מבינה את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת, בזאת גם, לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה בפתירת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
שם האפוסטרפוס	חתימת האפוסטרפוס (במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה / לאפוסטרפוס של המתרפא/ה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

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