



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 לניתוח חניכיים Periodontal surgery

ניתוח חניכיים מבוצע במצבים של מחלת חניכיים מתקדמת במטרה לעצור את התקדמות המחלה. ניתוח מתבצע לרוב תחת אלחוש מקומי. בכל מקרה הניתוח אינו משיב את המצב החניכיים לקדמותם.

שם החולה: \_\_\_\_\_

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

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר \_\_\_\_\_

על הצורך בניתוח חניכיים בלסת עליונה/בלסת תחתונה/בשתי הלסתות \* (להלן: "הטיפול העיקרי").

כמו כן הוסברו לי הסיכונים שבחוסר טיפול במחלת החניכיים לרבות אבדן שיניים, נסיגת חניכיים, אבדן עצם, נידות שיניים, רגישות השיניים לקור וחום, קושי בשמירה על הגיינה אורלית, זיהומים חוזרים ודימום מהחניכיים.

הוסבר לי על הטיפול הנדרש ועל החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות טיפול חניכיים שמרני, והן נשקלו על ידי טרם הבחירה בביצוע הטיפול כירורגי.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: עמדת חניכיים רחוקה יותר מכותרת השן, חשיפת שולי כתרים קיימים, מראה שיניים ארוכות יותר, רגישות השיניים לחום וקור, נפיחות, כאב ושטפי דם תת עוריים בפנים ובצוואר.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: זיהום, הגבלה בפתיחת הפה וניידות שיניים עד הצורך בעקירתן. הובהר לי שהצלחת טיפול החניכיים ו/או הקטנת הבעיה בחניכיים תלויות בין השאר בחומרת מחלת החניכיים טרם הטיפול, בגורמי סיכון נוספים כעישון וצריכת אלכוהול. כן הוסברה לי ואני מבין/ה את החשיבות של שיתוף הפעולה ומילוי אחר הוראות הצוות הרפואי הכוללות בין השאר: שמירה על הגיינה אורלית קפדנית, ביצוע טיפול חניכיים מניעתי על ידי שיננית ו/או על ידי הרופא בתכיפות שתקבע על ידם וכן ביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

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

חתימת המתרפא/ה	תאריך
----------------	-------

חתימת האופטרופוס (במקרה של פסול דין, או חולה נפש)	שם האופטרופוס
--	---------------

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

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

\* מחקי את המיותר

יחזת פה ונסת