

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

טופס הסכמה: להשתלת עצם BONE AUGMENTATION

מטרת הניתוח הינה בניית עצם לשם התקנת שתלים דנטלים, שיותקנו במועד השתלת העצם או במועד אחר. שתל העצם עשוי להיות ממקור חיצוני או עצמי. כשמדובר בשתל ממקור עצמי ניתן "לקצור", את שתל העצם מחלל הפה כאשר האזורים המקובלים הם הסנטר או אזור אחורי בלסת התחתונה ("הענף העולה"). במקרים מסוימים יקובע שתל העצם על ידי ברגים או פני קיבוע אשר יתכן ויוצאו בעתיד.

שם המתרפא/ה:

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ (להלן: "הטיפול העיקרי"). השתלת עצם/ תחליפי עצם עם /בלי משתלים דנטלים בלסת עליונה/תחתונה . (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע שתל העצם, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול זה. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות ניכרת, שטפי דם באזור הלחי והצוואר אשר חולפים תוך כ 10 ימים; הגבלה בפתיחת הפה למספר ימים; כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום אשר עשוי לחייב טיפול כירורגי נוסף והעלול לגרום לצורך בסילוק מלא או חלקי של שתל העצם ו/או השתלים; דימום ניכר אשר עשוי לחייב טיפול נוסף; נזק לשיניים סמוכות באם נמצאות; נזק לעצבים בלסת העליונה אשר עלול לגרום לתחושת עקצוץ ו/או הרדמה בצד האף ואו בשפה עליונה ואו בחניכיים בצד המנוחה; נזק לעצבים בלסת התחתונה אשר עלול לגרום לתחושת עקצוץ ו/או הרדמה בשפה , בסנטר ו/או בלשון בצד המנוחה. תופעה זו בד"כ חולפת תוך מספר שבועות אך עשויה להישאר לצמיתות. לאחר קליטת שתל העצם תוך מספר חודשים ניתן יהיה להתקין שתלים דנטלים וזאת בניתוח נוסף. היות ונפח העצם שיישאר זמין לצורך התקנת שתלים דנטליים אינו ניתן לחיזוי, יתכן ובמועד זה יהיה צורך בביצוע השתלת עצם נוספת. כן הוסבר לי ואני מבין/ה את חשיבות המשכיות הטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתיל לבין הרופא המשקם, וברור לי כי הצוות / הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביוזמתי ושלא בתאום עם הרופא המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא אחר/ים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם. הוסבר לי כי במעשנים, ובחולי סוכרת, הסיכון גדול יותר לכישלון של הטיפול ולסיבוכים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות פגיעה בתחושה בשפה או בלשון, המטומה, נפיחות והגבלה בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בסדציה תוך ורידית ינתן לי הסבר על אופן ההרדמה על ידי רופא מרדים.

_____	_____	
חתימת המתרפא/ה	תאריך	
_____	_____	
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם האפוסטרופוס (קירבה)	
* אני מאשר שהסברתי ל מתרפא/ה/ לאפוסטרופוס של המתרפא/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.		
_____	_____	_____
מספר רישיון	חתימה	שם הרופא
* מחק את המיותר		