



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 אורתוגנטי (תיקון יחסים בין ליסתיים) Orthognatic surgery

מטרת ניתוח אורתוגנטי הינה לתקן עוותים מולדים, התפתחותיים ונרכשים בלסתות. הניתוח נועד לאפשר יחס תקין של השיניים ועמדה תקינה של הלסתות. 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	שם משפחה
---------	----------

על ניתוח: _____

סוג ניתוח _____
(להלן: "הניתוח העיקרי")

הוסבר לי על התוצאות המקוות ועל המגבלות של יכולת התיקון בניתוח. כמו כן הוסבר לי שכתוצאה מהניתוח עלול לחול שינוי ניכר במראה פני. הוסבר לי על האפשרות שיהיה צורך בהמשך טיפול ומעקב אורתודונטיים גם לאחר הניתוח.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות: נפיחות, כאב, שטפי דם תת עוריים באזור הפנים והצוואר, פגיעה זמנית בחניכיים והגבלה זמנית בפתיחת הפה. הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: פגיעה קבועה בחניכיים, כאבים בפרקי הלסת, הפרעות סגריות קלות, פגיעה עצבית שמתבטאת בירידה בתחושה עד אובדן התחושה באופן זמני או קבוע בשפה התחתונה, ו/או בסנטר ו/או בשיניים ו/או בלשון ו/או בשפה העליונה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הניתוח העיקרי יסתבר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, 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.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות מקובלת במוסד ובהתאם לחוק.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וביצוע כל הוראות שאקבל מהצוות / הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

תאריך	חתימת החולה
שם האפוטורופוס (קירבה)	חתימת האפוטורופוס (במקרה של פסול דין, קטיין, או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי לחולה/ לאפוטורופוס של החולה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רשיון
------------	-------	------------

יחזת פה ולסת