



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: 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 כהליך למניעת סיבוכים, ו/או הפרעות באוזן התיכונה, 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 משפחה _____ שם פרטי _____

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 אינפוזן, 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 הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה 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 מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
_____	_____	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישון
_____	_____	_____

* מחק את המיותר

יחידת א.א.ג.

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

