



טופס הסכמה: הזרקת גנטהמיצין אינטרהטימפניות (Intratympanic gentamycin injection)

הטיפול בסחרחורת סיבובית ממקור פריפרי הוא, לרוב, תרופתי. אך כאשר במשך זמן סביר לא הושג שיפור בתסמינים, יש לשקול טיפולים אחרים. אחד מהם נקרא Chemical Labyrinthectomy, ומבוצע על ידי הזרקת גנטהמיצין דרך עור התוף לאוזן התיכונה. הליך זה עשוי להביא שיפור בסחרחורת בעד 90% מהמקרים. ההזרקה מבוצעת דרך עור התוף או באמצעות כפתור Microtube המוכנס לעור התוף.

הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית.

שם המטופל:

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 בביצוע הזרקת גנטהמיצין אינטרה-טימפנית באוזן ימין/שמאל בשל _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם הטיפול לא יוביל לתוצאות המקוות. הוסבר לי התוצאות המקוות, דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בהתאם למקרה (טיפול תרופתי, Labyrinthectomy ניתוחי), לרבות הסיכונים והסיבוכים הכרוכים בחלופות ובפרוצדורה זו. הוסבר לי שצפוי להיוותר נקב בתופית המוזרקת למשך תקופה מסויימת, ויתכן אף נקב שיצטרך בעתיד לעבור סגירה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות: כאב באוזן, הפרשות מהאוזן, ירידה בתחושה באיזור ההזרקה, כאב בלעיסה, זיהומים של האוזן התיכונה, נקב משני להרדמה המקומית וכן סחרחורת הנמשכת למספר דקות. הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, טינטון (זמזום באוזן), סחרחורת עקב פגיעה באוזן פנימית.

כמו כן הוסבר לי כי טיפול זה לא הוכח כמשפר טנטון, ואף עשוי להחמיר, במקרים מסויימים, את הטנטון. בנוסף קיימים מקרים בהם ישנה פגיעה בשמיעה עד כדי אובדן מוחלט של השמיעה לאחר ההזרקה.

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 הפרוצדורה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה 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 מקומית.



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

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
------------------------------	--

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

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------