



טופס הסכמה: ניתוח כריתת בלוטת בת האוזן (PAROTIDECTOMY)

ניתוחים לכריתת חלקית או מלאה של בלוטת הרוק הנ"ל מבוצעים לרוב לצורך כריתת גידול ולעיתים עקב דלקת כרונית בבלוטה, אבן שחוסמת את הניקוז או מחלה אחרת. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

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 בניתוח _____ (צד _____) בשל

(להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, זיהום, דימום, צלקת, הפחתה (לרוב זמנית) בתחושה בתנוך האוזן, בעור הצוואר והפנים. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: הפרשת רוק מפצע הניתוח (פיסטולה), חולשה או שיתוק של עצב הפנים, אי-נוחות ממושכת, הזעת יתר בפנים בזמן האוכל, הפרעה בחוש הטעם, תוצאה בלתי משביעת רצון מבחינה קוסמטית או תפקודית, חזרת המחלה הראשונית, צורך בניתוח נוסף. במקרה של גידול ממאיר ייתכן ויהיה צורך בניתוח משולב או משלים לכריתת קשרי הלימפה הצוואריים. 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 שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.



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
<hr/>		
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
--------------------	---------------	------------