

הנתינת נועד ליצור שמיעה בילדים שנולדו ללא שמיעה, או לשקם שמיעה במבוגרים בעלי ליקוי שמיעה עמוק, עד חרשות. האינדיקציה להנתינת היא ליקוי שמיעה שאינו מאפשר תקשורת עם הסביבה למרות שימוש במכשיר שמיעה. הנתינת מבוצע בחתך מאחורי האוזן, במהלכו קודחים בעצם שנמצאת מאחורי האוזן, לצורך השתלת אלקטרודה לתוך שבלול האוזן והשתלת מעבד אלקטרוני מתחת לעור, שמאחורי האוזן. קיימים מקרים בהם יוחלט על שתל משולב (שתל שבלול עם מכשיר שמיעה). לרוב יש צורך לגלח את השיער מעל ומאחורי האוזן.

לאחר הנתינת נדרשת תקופת הסתגלות ונדרש שיתוף פעולה של המושלת ומשפחתו לצורך תהליך השיקום.

הנתינת מבוצע לרוב בהרדמה כללית.

| 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 | שם פרטי |

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בנייתו חוזר עקב אי הצלחה במיקום השתל, או תפקוד לקוי של השתל. תתכן חוסר הצלחה בהחדרת האלקטרודה. לעיתים כעבור שנים, עלול להופיע כשל טכני של השתל או כשל אלקטרוני. כמו כן, קיימת אפשרות של צורך בהחלפת השתל על רקע חדירת נוזלים למעטפת או זיהום כרוני.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות דימום, זיהום, כאב באיזור הניתוח, ירידה בתחושה באזור הניתוח, כאב בלעיסה, שינוי אפשרי בתחושת הטעם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: שיתוק של עצב הפנים, הפרעה זמנית או ממושכת בשווי המשקל (סחרחורת), איבוד שרידי השמיעה (במידה וקיימים) באוזן המנותחת, נמק של העור שמכסה את המעבד האלקטרוני, גרייה חשמלית של עצב הפנים או גרייה חשמלית שתגרום לכאבים, טינטון (וזזום באוזן), דלף של נוזלי המוח, דלקת או זיהום בקרומי המוח או במוח, דימום מסיבי עקב פגיעה בכלי דם גדול. הוסבר לי שבכל מקרה תוותר צלקת מאחורי האוזן. צורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (צלקות עבות וכולטות).

הוסבר לי שלאחר הניתוח יהיה עלי להזהר מחבלה לאזור השתל, להימנע מחשיפה לקרינה אלקטרומגנטית (בכניסה לשדות תעופה ומבנים ציבוריים), חשמל סטטי (מגלשות). כמו כן, יאסר עלי לבצע בדיקות MRI, ויהיה עלי להזהיר מנתחים, בניתוח עתידי כלשהו, מפני שימוש בסכין חשמלית.

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.  
בדרך כלל הניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. לעיתים נדירות, הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית והסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיכוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודע/ת ומסכים/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 שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

| תאריך                                                                                                                                                       | שעה           | חתימת החולה                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------|
| שם האפוטרופוס (קירבה)                                                                                                                                       |               | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) |
| ני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה פני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם. |               |                                                        |
| שם הרופא/ה                                                                                                                                                  | חתימת הרופא/ה | מס' רישיון                                             |
| מחק/י את המיותר                                                                                                                                             |               |                                                        |

