

טופס הסכמה לטיפול כירורגי למשתלים דנטליים

Insertion of dental implants

שימוש במשתלים דנטליים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם קיים חסר של שן אחת או יותר. הכנסת המשתל מתבצעת כפעולה כירורגית תחת אלחוש מקומי.

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

שם משפחה	שם פרטי	_____	

על טיפול בי תוך שימוש במשתלים דנטליים בלסת עליונה ו/או תחתונה. פירוט (סוג, מיקום וכמות):

_____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע משתל, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול במשתלים. הוסבר לי שעישון, מחלת חניכיים לא מטופלת וסוכרת, מגבירים באופן משמעותי את הסיכון לכישלון ההשתלה. הוסברה לי חשיבות הפסקת העישון לפני ואחרי הטיפול, טיפול במחלת חניכיים ואיזון מחלת הסוכרת. כמו כן, הוסבר לי שטיפול כירורגי יחד עם נטילת תרופות המשמשות לטיפול במחלות בעצמות כגון אוסטאופורוזיס, גרורות, מיאלומה נפוצה, ובמיוחד בשילוב טיפול בסטרואידים, עישון, וסוכרת מעלה את הסיכון לדלקת כרונית עד כדי נמק של עצמות הלסת.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות ניכרת, כאב, שטפי דם תת עוריים והגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצבי הפנים בעת ההשתלות שמשמעותה הפרעה בתחושה באופן זמני או קבוע ואפשרות לפגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת הטיפול בלסת העליונה שתחייב טיפול נוסף.

הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל וחשיפתו הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כשבועיים. הוסברה לי האפשרות לאי קליטת המשתל, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת המשתל יש צורך להוציאו ו/או לבצע טיפול מתקן.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתל לבין הרופא המשקם. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאודקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגיעה בתחושה בשפה או/ו בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים, שטף דם תת עורי, נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בטשטוש לווריד יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
-------	----------------

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

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה / לאפוטרופוס של המתרפא/ה* / למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם המתרגם/קרבה למתרפא/ה: _____

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רישיון
------------	-------	-------------