

טופס הסכמה לטיפול כירורגי / עקירת שן / אפיסקטומי
Surgical procedure / Tooth extraction / Apicectomy

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
 שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע טיפול כירורגי / עקירת שן / אפיסקטומי * (כריתת חוד השורש) : _____

_____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

פירוט הטיפול

הוסברו לי התוצאות המקוות, ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה וכן התוצאות העלולות לנבוע מחוסר טיפול. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול זה.

הוסבר לי שעישון, מחלת חניכיים לא מטופלת וסוכרת, מגבירים באופן משמעותי את הסיכון לסיבוכים וסיכונים. 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.

הוסברו 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 שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע, אפשרות לפגיעה בסינוס בלסת העליונה (המקסילרי) ובמקרים נדירים לשבר בעצם הלסת.

הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים בביצוע כירורגיה הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי. כמו כן, הובהר לי שחלק מהסיבוכים יצריכו טיפול נוסף.

כן ברור לי ואני מבין/ה את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת, בזאת גם, לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגיעה בתחושה בשפה ו/ או בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים, שטף דם תת עורי, נפיחות והגבלה 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 האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, או חולה נפש)
----------------	---

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה / לאפוסטרופוס של המתרפא/ה* / למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.
 שם המתרגם/קרבה למתרפא/ה: _____

שם הרופא/ה	חתימת הרופא	מס' רישיון
------------	-------------	------------