

טופס הסכמה לניתוח אורתוגנטי (תיקון יחסים בין ליסתיים) Orthognatic surgery

מטרת ניתוח אורתוגנטי הינה לתקן עוותים מולדים, התפתחותיים ונרכשים בלסתות. הניתוח נועד לאפשר יחס תיקון של השיניים ועמדה תקינה של הלסתות. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית.

שם המתרפא: _____

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 ניתוח אורתוגנטי: _____

סוג ניתוח _____

(להלן: "הניתוח העיקרי")

הוסבר לי על התוצאות המקוות, דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ועל המגבלות של יכולת התיקון בניתוח. כמו כן, הוסבר לי שכתוצאה מהניתוח עלול לחול שינוי ניכר במראה פני אשר אינו ניתן לחיזוי מראש. הוסבר לי על האפשרות שלאחר הטיפול יהיה צורך בטיפול כירורגי נוסף ו/או טיפול אורתודונטי ומשקם. 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.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות: נפיחות, כאב, שטפי דם תת עוריים באזור הפנים והצוואר, פגיעה זמנית בחניכיים והגבלה זמנית או קבועה בפתירת הפה. הוסבר לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: פגיעה קבועה בחניכיים, כאבים במפרקי הלסת, הפרעות סיגריות קלות, פגיעה בעצבי הפנים שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הניתוח העיקרי יסתבר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד הרפואי/הרפוא המטפל יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח העיקרי נערך בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולחוראות של המוסד הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות מקובלת במוסד הרפואי ובהתאם לחוק.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וביצוע כל חוראות שאקבל מהצוות / הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
שם האפוסטורופוס (קירבה)	חתימת האפוסטורופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתפא/ה / לאפוסטורופוס של המתפא/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 למתפא/ה: _____

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