



טופס הסכמה לניתוח חניכיים Periodontal Surgery

ניתוח חניכיים מבוצע במצבים של מחלת חניכיים מתקדמת במטרה לעצור את התקדמות המחלה. ניתוח מתבצע לרוב תחת אלחוש מקומי.

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 בניתוח חניכיים בלסת עליונה/בלסת תחתונה/בשתי הלסתות :

להלן: "הטיפול העיקרי".

הוסבר לי על הטיפול הנדרש ועל החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות טיפול חניכיים שמרני, והן נשקלו על ידי טרם הבחירה בביצוע הטיפול כירורגי. הוסבר לי כי בכל מקרה ניתוח החניכיים אינו מחזיר את החניכיים למצבם המקורי.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים שבהעדר טיפול במחלת החניכיים לרבות אבדן שיניים, נסיגת חניכיים, אבדן עצם, נידות שיניים, רגישות השיניים לקור וחום, קושי בשמירה על הגינה אוראלית, זיהומים חוזרים ודימום מהחניכיים. הובהר לי שהצלחת טיפול החניכיים ו/או הקטנת הבעיה בחניכיים תלויות בין השאר בחומרת מחלת החניכיים טרם הטיפול, בגורמי סיכון נוספים כעישון, סוכרת וצריכת אלכוהול.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: עמדת חניכיים רחוקה יותר מכותרת השן, חשיפת שולי כתרים קיימים, מראה שיניים ארוכות יותר, רגישות השיניים לחום וקור, נפיחות, כאב ושטפי דם תת עוריים בפנים ובצוואר.

כמו כן הובהר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: זיהום, הגבלה בפתיחת הפה וניידות שיניים עד הצורך בעקירתן. כמו כן, סיכון לפגיעה עצבית שמתבטאת בירידה בתחושה עד אובדן התחושה באופן זמני או קבוע בחניכיים, בשפה ו/או בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים. הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים לאחר הניתוח הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כשבועיים. 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.

כן הוסברה לי ואני מבינה/ה את החשיבות של שיתוף הפעולה ומילוי אחר הוראות הצוות הרפואי הכוללות בין השאר: שמירה על הגינה אוראלית קפדנית, ביצוע טיפול חניכיים מניעתי על ידי שיננית ו/או על ידי הרופא בתכיפות שתקבע על ידם וכן ביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם, לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגיעה בתחושה בשפה ו/או בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים, שטף דם תת עורי, נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה. אם יוחלט על 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 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
------------	-------------	------------