

# 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 משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

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.

הוסברה לי חשיבות הפסקת העישון לפני ואחרי הטיפול, טיפול במחלת חניכיים ואיזון מחלת הסוכרת. הוסבר לי שעישון, מחלת חניכיים לא מטופלת וסוכרת, מגבירים באופן משמעותי את הסיכון לסיבוכים וסיכונים. כמו כן הוסבר לי שטיפול כירורגי יחד עם נטילת תרופות ממשפחת הביפוספונטים, בהווה או בעבר (תרופות המשמשות לטיפול ב"בריחת סידן" ו/או בטיפול במחלות של העצמות), 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 באזור הפגוע, 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 האפוטרופוס | חתימת האפוטרופוס |
|---------------|------------------|

(במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה / לאפוטרופוס 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 |
|------------|-------------|------------|



The Medical Risk Management Co. (MRM) Ltd.  
of the Madanes Group