

טופס הסכמה להשתלת חניכיים

Periodontal surgery

ניתוח השתלת חניכיים מבוצע במצבים של חשיפת שורשים, פגם אסתטי ברקמה רכה, או חוסר ברקמת חניכיים עמידה - זאת על מנת לנסות להחזיר את המצב לקדמותו, לפחות באופן חלקי. בניתוח זה נלקחת רקמה ממקום סמוך בחלל הפה, והיא מושתלת באיזור הזקוק לטיפול. ניתוח זה מתבצע לרוב תחת אלחוש מקומי.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____ שם משפחה שם פרטי על הצורך בניתוח השתלת חניכיים בלסת עליונה/בלסת תחתונה/בשתי הלסתות * (להלן: "ניתוח השתלת החניכיים").

כמו כן הוסברו לי הסיכונים שבחוסר טיפול במצב החניכיים לרבות אבדן שיניים, נסיגת חניכיים, אבדן עצם, נידודת שיניים, רגישות השיניים לקור וחום, קושי בשמירה על הגינה אוראלית, זיהומים חוזרים ודימום מהחניכיים.

הוסבר לי על הטיפול הנדרש ועל החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, והן נשקלו על ידי טרם הבחירה בביצוע הטיפול הניתוחי.

הוסברו לי תופעות הלוואי של ניתוח השתלת החניכיים לרבות: חוסר הצלחה של ההשתלה (חלקי או מלא), נפיחות, כאב, דימום, ושטפי דם תת עוריים בפנים ובצוואר.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של ניתוח השתלת החניכיים, לרבות: זיהום, דימום, הגבלה בפתיחת הפה, סיכון לפגיעה עצבית שמתבטאת בירידה בתחושה עד אובדן התחושה באופן זמני או קבוע בחניכיים, שפה תחתונה ו/או בעליונה ו/או בסנטר ו/או בלשון. הובהר לי שהצלחת ניתוח השתלת החניכיים ו/או הקטנת הבעיה בחניכיים תלויות בין השאר בחומרת הבעיה הראשונית טרם הטיפול, בגורמי סיכון נוספים כעישון, סכרת, וצריכת אלכוהול. כמו כן, הוסבר לי שטיפול ניתוחי יחד עם נטילת תרופות ממשפחת הביפוספונטים, בהווה או בעבר (תרופות המשמשות לטיפול ב"בריחת סידן " ו/או "דלילות עצם"), מעלה את הסיכון לדלקת כרונית עד כדי נמק של עצמות הלסת.

כן הוסברה לי ואני מבין/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 אחת ל 3-6 חודשים, לפי הוראות הרופא וכן ביצוע ביקורות במועדים שאתבקש להם.

ההצלחה של ניתוחים אלו איננה תמיד מלאה. במידה של הצלחה חלקית, שאיננה מספקת, לעיתים ניתן לחזור על הפעולה להשגת תוצאת אופטימלית יותר. ניתוח נוסף כזה יבוצע בהסכמתך ובעלות מופחתת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע ניתוח השתלת החניכיים. הסכמתי ניתנת בזאת גם, לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגיעה בתחושה בשפה או/ו בלשון, שטף דם פנימי (סימנים כחולים), נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה.

אם יוחלט על הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בסדציה (טשטוש) תוך-ורידית - יינתן לי הסבר נפרד על ההרדמה/סדציה על ידי הרופא המרדים.

תאריך חתימת המתרפא/ה

שם האפוסטרופוס חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתורפא/ה / לאפוסטרופוס של המתורפא/ה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימת הרופא מס' רשיון