טופס הסכמה: לרינגוסקופיה ישירה עם/בלי ניתוח בגרון
DML – DIRECT (MICROSCOPIC) LARYNGOSCOPY

לרינגוסקופיה ישירה היא פעולה בה מחדירים צינור רחב דרך הפה עד מעל מיתרי הקול ודרכו צופים (לרוב באמצעות מיקרוסקופ) במיתרי הקול ובשאר אברי הגרון. במידת הצורך ניתן לבצע ביופסיה מנגע חשוד, לכרות פוליפים או נגעים אחרים ממיתרי הקול, להזריק חומרים לצורך שיקום הקול ובהוראות נוספות. הפעולות הכירורגיות, מבוצעות לרוב, באמצעות מכשירים מיקרוכירורגיים ו/או לייזר או מכשור מתקדם אחר.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה: _____
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 בלרינגוסקופיה ישירה עם/בלי* ניתוח בגרון בשל _____

_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שקיימים מקרים בהם לא תושג מטרת הניתוח ויהיה צורך לשקול ביצוע נוסף. כמו כן, קיימים מקרים בהם יהיה צורך בניתוח חוזר עקב חזרת המחלה המקורית.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, קשיי בליעה, צרידות זמנית, דימום חולף.
כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: אי נוחות ממושכת, חבלה בשיניים, שינוי בקול, קושי בבליעה, ניקוב קנה הנשימה, ניקוב הריאה, ניקוב בית הבליעה, ניקוב הושט ודימום. במקרים נדירים ביותר עלולים סיבוכים אלה להסתיים במוות. שימוש בלייזר עלול לגרום לכוויות בחלל הפה, בשפתיים, ופנים ובבית הבליעה.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם אך משמעותם הוסברה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.
אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקים בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

_____
תאריך | שעה | חתימת החולה

_____
שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____
שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

* מחק/י את המיותר

פ' 0000/ספטמבר 2013