



טופס הסכמה: להשתלת עצם בחלל הסינוס המקסילרי MAXILLARY SINUS BONE AUGMENTATION

מטרת הניתוח הינה בנייה של עצם בחלל הסינוס המקסילרי לשם התקנת שתלים דנטליים במועד זה או מאוחר יותר. הניתוח כולל ביצוע חתכים ברקמה הרכה בלסת העליונה מתוך כוונה לחשוף את דופן הסינוס המקסילרי, כך שניתן יהיה להכין בו "חלון" גרמי דרכו מורמת ממברנת הסינוס ומונח שתל עצם. הוסבר לי, כי במידה ובמועד ניתוח זה הושתלה עצם בלבד ניתן יהיה להתקין שתלים דנטליים בשתל העצם רק לאחר 9 חודשים. וזאת בהליך ניתוחי נוסף. הוסבר לי כי שיקום על גבי השתלים ניתן יהיה להתקין רק 9 חודשים לאחר התקנת השתלים. הניתוח יבוצע תחת אלחוש מקומי.

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על השתלת עצם/ תחליפי עצם עם/בלי משתלים דנטלים בלסת עליונה * (להלן: "הטיפול העיקרי"). הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע שתל העצם והמשתל הדנטלי, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול זה. **הוסבר לי כי קיימת אפשרות שלאחר פתיחת "החלון" הגרמי בדופן הסינוס יתברר שלא ניתן להתקין את שתל העצם.**

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות. נפיחות ניכרת, שטפי דם באזור הלחי והצוואר אשר חולפים תוך כ 10 ימים; הגבלה בפתיחת הפה למספר ימים; נפיחות ניכרת סביב העין בצד המנותח; דימום מהנחיר בצד המנותח אשר עשוי להימשך כיומיים. כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום אשר עשוי לחייב טיפול כירורגי נוסף והעלול לגרום לצורך בסילוק מלא או חלקי של שתל העצם ואו השתלים, אפשרות להיווצרות חיבור בין הפה לחלל הסינוס אשר יחייב טיפול כירורגי נוסף; דימום ניכר אשר עשוי לחייב טיפול נוסף; נזק לשורשי שיניים סמוכות באם נמצאות; נזק לעצבים בלסת העליונה אשר עלול לגרום לתחושת עקצוץ ואו הרדמה בצד האף ואו בשפה עליונה ואו בחניכיים בצד המנותח. תופעה זו בד"כ חולפת תוך מספר שבועות אך עשויה להישאר לצמיתות. כן הוסבר לי ואני מבין/ה את חשיבות המשכיות הטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתיל לבין הרופא המשקם, וברור לי כי הצוות / הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביוזמתי ושלא בתאום עם הרופא המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא אחרים. **ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.**

הוסבר לי כי במעשנים, ובחולי סוכרת, הסיכון גדול יותר לכישלון של הטיפול ו לסיבוכים . אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות פגיעה בתחושה בשפה או בלשון, המטומה, נפיחות והגבלה בפתיחת הפה . אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בסדציה תוך ורידית ניתן לי הסבר על אופן ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך _____ חתימת המתרפא/ה _____

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

אני מאשר שהסברתי לי מתרפא/ה/ לאפוסטרופוס של המתרפא/ה * את כל האמור לעיל. בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימה _____ מספר רישיון _____

* מחק את המיותר