

טופס הסכמה : להשתלת עצם BONE AUGMENTATION

מטרת הניתוח הינה בניית עצם לשם התקנת שתלים דנטלים, שיותקנו במועד השתלת העצם או במועד אחר. שתל העצם עשוי להיות ממקור חיצוני או עצמי. כשמדובר בשתל ממקור עצמי ניתן "לקצור", את שתל העצם מחלל הפה כאשר האזורים המקובלים הם הסנטר או אזור אחורי בלסת התחתונה ("הענף העולה"). במקרים מסוימים יקובע שתל העצם על ידי ברגי, או פיני קיבוע אשר יתכן ויוצאו בעתיד.

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהירה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על השתלת עצם/ תחליפי עצם עם /בלי משתלים דנטלים בלסת עליונה/תחתונה (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע שתל העצם, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול זה.

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; 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 ו/או השתלים; דימום ניכר אשר עשוי לחייב טיפול נוסף; נזק לשיניים סמוכות באם נמצאות; נזק לעצבים בלסת העליונה אשר עלול לגרום לתחושת עקצוץ ו/או הרדמה בצד האף ו/או בשפה עליונה ו/או בחניכיים בצד המנותח; נזק לעצבים בלסת התחתונה אשר עלול לגרום לתחושת עקצוץ ו/או הרדמה בשפה, בסנטר ו/או בלשון בצד המנותח. תופעה זו בד"כ חולפת תוך מספר שבועות אך עשויה להישאר לצמיתות. לאחר קליטת שתל העצם תוך מספר חודשים ניתן יהיה להתקין שתלים דנטלים וזאת בנייתוח נוסף. היות ונפח העצם שיישאר זמין לצורך התקנת שתלים דנטלים אינו ניתן לחיזוי, יתכן ובמועד זה יהיה צורך בביצוע השתלת עצם נוספת.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את חשיבות המשכיות הטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתל 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 בשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא אחר/ים. **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 ולסיבוכים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות הגבלה זמנית בפתיחת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בסדציה תוך ורידית יינתן לי הסבר על אופן ההרדמה על ידי רופא מרדים.

_____ חתימת המתרפא/ה

_____ תאריך

_____ חתימת האפוסטרופוס

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

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

_____ מספר רישיון

_____ חתימה

_____ שם הרופא

• מחק את המיותר