

## טופס הסכמה להשתלת עצם בחלל הסינוס המקסילרי

### MAXILLARY SINUS BONE AUGMENTATION

מטרת הניתוח הינה בנייה של עצם בחלל הסינוס המקסילרי לשם התקנת שתלים דנטלים, 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 הושגה עצם בלבד ניתן יהיה להתקין שתלים דנטליים בשתל העצם רק לאחר 6 חודשים. וזאת בהליך ניתוחי נוסף. הוסבר לי כי שיקום על גבי השתלים ניתן יהיה להתקין רק 6 חודשים לאחר התקנת השתלים. הניתוח יבוצע תחת אילחוש מקומי.

שם המתרפא/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר: \_\_\_\_\_

על השתלת עצם/ תחליפי עצם עם/ בלי משתלים דנטלים בלסת עליונה/ תחתונה (להלן: "הטיפול העקרי").

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 של 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 הובהר לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום אשר עשוי לחייב טיפול כירורגי נוסף והעלול לגרום לצורך בסילוק מלא או חלקי שתל העצם ו/או השתלים; דימום ניכר אשר עשוי לחייב טיפול נוסף; נזק לשרשי שיניים 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 במנותח. תופעה זו בד"כ חולפת תוך מספר שבועות אך עשויה להישאר לצמיתות.

כן הוסבר לי ואני מבינה 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 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 ולסיבוכים. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול העיקרי.

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

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או סדציה תוך ורדית יינתן לי הסבר על אופן 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\* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הוא הבין את הסברי במלואם.

חתימת הרופא \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_