

# 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 ברגים או פני קיבוע אשר יתכן ויוצאו בעתיד.

שם המתרפא/ה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

**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.

הוסברה לי חשיבות הפסקת העישון לפני ואחרי הטיפול, טיפול במחלת החניכיים ואיזון מחלת הסוכרת. הוסבר לי שעישון, מחלת חניכיים לא מטופלת וסוכרת מגבירים באופן משמעותי את הסיכון לכישלון ההשתלה. כמו כן, הוסבר לי שטיפול כירורגי יחד עם נטילת תרופות ממשפחת הביספוספונטים, בהווה או בעבר (תרופות המשמשות לטיפול ב"בריחת סידן" ו/או בטיפול במחלות של העצמות), מעלה את הסיכון לדלקת כרונית עד כדי נמק של עצמות הלסת.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות ניכרת, שטפי דם באזור הלחי והצוואר, הגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל, 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, פגיעה בעצבי הפנים שמשמעותה הפרעה בתחושה באופן זמני או קבוע באזור הפגוע. מספר חודשים לאחר הניתוח ניתן בדרך כלל להתקין שתלים דנטליים וזאת בנייתו נוסף. היות ונפח העצם שיישאר זמין לצורך התקנת שתלים דנטליים אינו ניתן לחיזוי, יתכן ובמועד זה יהיה צורך בביצוע השתלת עצם נוספת.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את חשיבות המשכיות הטיפול ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתיל לבין הרופא המשקם. 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.

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/ו בלשון או/ו בסנטר או/ו בפנים, שטף דם עורי, נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בטשטוש לווריד יינתן לי הסבר על אופן ההרדמה על ידי רופא מרדים.

חתימת המתרפא/ה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

(במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

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

שם המתרגם/קרבה למתרפא/ה: \_\_\_\_\_

מס' רישיון

חתימה

שם הרופא/ה