

# טופס הסכמה לטיפול כירורגי למשתלים זיגומטיים וטוברו-פטריגואידיים

## Placement of Zygomatic and Tubero Pterygoid Dental Implants

שימוש במשתלים דנטליים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם קיים חסר של שן אחת או יותר. הכנסת המשתל מתבצעת כפעולה כירורגית. משתלים זיגומטיים וטוברו-פטריגואידיים פותחו לפתרון שיקומי לסובלים מחוסר עצם ניכר בלסת העליונה שאינו מאפשר החדרת משתלים קונבנציונאליים. השתלים מיועדים להיות מוחדרים לעצמות הזיגומה, טוברוסיטי או לאזור הפטריגואידי לצורך שיקום דנטלי.

שם המתרפא/ה: \_\_\_\_\_

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

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

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

על טיפול בי תוך שימוש במשתלים זיגומטיים ו/או טוברו-פטריגואידיים בלסת עליונה. פירוט (סוג, מיקום וכמות): \_\_\_\_\_

(להלן: "הטיפול העיקרי").

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

הוסברה לי חשיבות הפסקת העישון לפני ואחרי הטיפול, טיפול במחלת חניכיים 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. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות ניכרת, כאב, שטפי דם תת עוריים והגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל.

כמו כן, הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצבי הפנים בעת ההשתלות שמשמעותה הפרעה בתחושה באופן זמני או קבוע באזור הפגוע, אפשרות לפגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת הטיפול בלסת העליונה שתחייב טיפול נוסף והתפתחות סינוסיטיס בסמוך לטיפול ו/או במועד מאוחר יותר. קיים סיכון לפגיעה במבנים אנטומיים מרכזיים כמו ארובת העין, גלגל העין והמוח, שברים בעצם הזיגומה ופגיעה בכלי דם מרכזיים. הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל וחשיפתו הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי. הוסברה לי האפשרות לאי קליטת המשתל, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת המשתל יש צורך להוציא ו/או לבצע טיפול מתקן.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתל 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 ו/או בסנטר ו/או בפנים, שטף דם תת עורי, נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בטשטוש לווריד יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס
	(במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי למתורפא/ה / לאפוטרופוס של המתורפא/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 למתורפא/ה: \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה	חתימה	מס' רישיון
------------	-------	------------