

טופס הסכמה להרמת רצפת הסינוס המקסילרי MAXILLARY SINUS BONE AUGMENTATION

מטרת הניתוח הינה בנייה של עצם בחלל הסינוס המקסילרי לשם התקנת שתלים דנטליים במועד זה או במועד מאוחר יותר וזאת בהליך ניתוחי נוסף. הוסבר לי כי שיקום קבוע על גבי השתלים ניתן יהיה להתקין רק לאחר קליטת השתלים.

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

שם משפחה שם פרטי

על השתלת עצם/ תחליפי עצם עם /בלי משתלים דנטליים 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 שבמהלך הניתוח יתברר שלא ניתן להתקין את שתל העצם.**

נפח העצם שיישאר זמין לאחר השתלת העצם, אינו ניתן לחיזוי ועל כן, יתכן ויהיה צורך בביצוע השתלת עצם נוספת, לצורך התקנת השתלים.

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"ברירת 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; שטפי דם באזור הלחי והצוואר; הגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל; נפיחות ניכרת סביב העין בצד המנותח; דימום מהנחיר בצד המנותח. כמו כן הובהר 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; פגיעה בעצבי הפנים שמשמעותה הפרעה בתחושה באופן זמני או קבוע באזור הפגוע. כמו כן, במקרה שנעשה שימוש באוסטאוטומים (פטיש איזמלים יעודיים) עלולה להיגרם במקרים נדירים, הפרעה בשיווי משקל וסחרחורות.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את חשיבות המשכיות הטיפול 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 שהובהר לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגיעה בתחושה בשפה ו/או 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 אופן ההרדמה על ידי רופא מרדים.

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

אני מאשר שהסברתי ל מתרפא/ה/ לאפוטרופוס 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: _____

שם הרופא	חתימה	מספר רישיון
----------	-------	-------------

