

# טופס הסכמה לטיפול שיניים לילדים בהרדמה כללית

טיפול שיניים לילדים, בהרדמה כללית/סדציה הכרתית\*, מתבצע במצבים בהם נדרש טיפול שיניים נרחב או מורכב ו/או במצבים בהם הילד צעיר ו/או אינו מסוגל לשתף פעולה.

אני החתום מטה, שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
אב/אם/משמש אפוטרופוס לילד/ה: שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ (להלן "הילד/ה").  
אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על הצורך בטיפול שיניים בהרדמה כללית/סדציה הכרתית\*. פרוט הטיפול: \_\_\_\_\_  
(להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מאשר ומסכים לכך שהילד/ה יעבור/תעבור טיפול שיניים בהרדמה כללית/סדציה הכרתית\*, לאחר שהוסבר לי, מהות הטיפול העיקרי לרבות, התוצאות המקוות, הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכך ולאחר שנשקלו על ידי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות, כאב, אי נוחות, נפיחות, זיהום, רגישות לקור וחום והגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל.

בחתימתי אני מאשר את הסכמתי לביצוע טיפולי השיניים המפורטים בתכנית הטיפול, שנמסרה לי טרם ביצוע הטיפול. הובהר לי, עם זאת, כי עלול לעלות צורך בשינוי תכנית הטיפול, וזאת על פי ממצאים בלתי צפויים, שלא ניתן להעריכם מראש ושימצאו לראשונה תוך כדי הטיפול, או בעקבות ביצוע צילום רנטגן שיבוצע במהלך טיפול השיניים המתוכנן.

מוסכם על ידי בהיות הילד/ה בהרדמה כללית/סדציה הכרתית\* יבוצעו הטיפולים המתוכננים, כולל טיפולים משמרים ועקירות של שיניים אבודות וכן, טיפולים נדרשים נוספים על פי הממצאים הקליניים והרנטגניים שיתבררו במהלך הטיפול.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותו של הקטין וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/הרופא המטפל לרבות, שמירה על היגיינת חלל הפה.

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר ממרדים, על הרדמה כללית/סדציה הכרתית\*.

חתימת הרופא/ה המטפל/ת

חתימת האפוטרופוס

תאריך

\* ההסבר והחתימה על טופס זה אינם מייתרים את הצורך בהסבר נפרד וחתימה על טופס הסכמה נפרד להרדמה ו/או סדציה הכרתית.