

טופס הסכמה לביצוע טיפול שורש/חידוש טיפול שורש **Root Canal Treatment/ Root Canal Retreatment**

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 **טיפול שורש/חידוש טיפול שורש בשן/שיניים מס.** _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").
הוסבר לי כי מטרת הטיפול הינה שימור השן, וכי ללא הטיפול עלול להיווצר הצורך בעקירת השן. הוסבר לי על הטיפול ועל תוצאותיו הצפויות. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול זה.
הוסברו לי הסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול לרבות:

1. חוסר אפשרות למלא עד הסוף את תעלת השורש עקב הסתיידויות בתעלת השורש או קיומו של פיתול בתעלת השורש.
2. התפתחות זיהום או אי ריפוי זיהום קיים.
3. סדק או שבר בשורש השן המאובחן במהלך הטיפול או בסיומו.
4. שבר בכותרת השן במהלך הטיפול או בסיומו.
5. שבירת פוצר או מכשיר בתוך תעלת השורש.
6. ניקוב השן בעת הטיפול
7. נזק לשחזורים, כתרים וציפויי חרסינה קיימים.
8. מעבר נוזל השטיפה/ חומרי האיטום מעבר לקצה השורש ויצירת נפיחות או/ו דלקת בעצם או/ו בסינוס או/ו פגיעה עצבית.

במהלך/ בסיום הטיפול עלולים להתפתח כאבים ו/או נפיחות. במקרים אלו יש ליטול משככי כאבים ו/או אנטיביוטיקה. עלולים להתפתח מצבים בלתי צפויים המחייבים טיפול שונה מהטיפול המפורט לעיל או הפנייה למומחה לרבות, הצורך בטיפול שורש חוזר, כריתת חוד השורש או לחילופין עקירת השן.

הוסבר לי כי שן אשר מבוצע בה טיפול שורש או שן לאחר סיום טיפול השורש הינה שן חלשה יותר. על מנת, להפחית את הסיכון לשבר בשן יש להימנע מאכילת מאכלים קשים ובמקביל לבצע שחזור מתאים בהקדם האפשרי.

אני מאשר/ת כי הוסברה לי החשיבות של מסירת מידע מלא ומדויק לגבי מצב בריאותי, רגישות לתרופות ותגובות להרדמה שכן המידע עשוי להיות בעל השלכה על תוכנית הטיפול ואופן מתן הטיפול, לשם שמירה על בריאותי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם, לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות, פגיעה בתחושה בשפה ו/או בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים, שטף דם תת עורי, נפיחות והגבלה בפתיחת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בטשטוש לווריד יינתן לי הסבר על ההרדמה ע"י רופא מרדים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול שורש וברורה לי מהות הטיפול, סיכויי הצלחה, הסיכונים והסיבוכים האפשריים.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
-------	----------------

שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר שהסברתי למתרפא/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/ה	חתימה	מספר רישיון
------------	-------	-------------

091016

