



SAVION MEDICAL CENTER
Laser • Microscope • Dental Implants

סביון מדיקל סנטר - ד"ר אריאל סביון

מרכז להשתלות שיניים בלייזר ומיקרוסקופ

savion-c.co.il 054-6477468

savion.clinic@gmail.com @ 077-204672

טופס הסכמה לביצוע טיפול שורש / חידוש טיפול שורש

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר שם משפחה _____ שם פרטי _____
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.
הוסבר לי הסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול לרבות:

1. חוסר אפשרות למלא עד הסוף את תעלת השורש עקב הסתיידויות בתעלת השורש או קיומו של פיתול בתעלה.
 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
- מעבר נזל השטיפה / חומרי האיטום 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 תכנית 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 ההצלחה, הסיכונים והסיבוכים
האפשריים.

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

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה / לאפוטרופוס של המתרפא/ה/ למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל
בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם. שם המתרגם/קרבה
למתרפא/ה.

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ מס' רישיון _____