

שם המוסד הרפואי / לוגו

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

מדבקת המטופל

גרסה 06/22

טופס הסכמה ל

ניתוח לתיקון שבר בארובת העין / Orbital Fracture Repair**מהות הבעיה הרפואית: שבר בארובת העין**

מטרת הניתוח הינה תיקון שבר או שברים בארובת העין ובכך מניעת הפרעות ראייה וכמו כן, בעיות אנטומיות ואסתטיות המתוארות בהמשך.

עצמות ארובת העין הן מהעצמות הדקות ביותר בגוף האדם. אם העצמות האלו נשברות או זזות, עלולות להיווצר בעיות. חלק מהחולים עלולים לפתח ראייה כפולה קבועה לאחר שבר בארובה שאינו מתוקן. אם השבר גדול, חלק מהמטופלים עלולים לפתוח מראה של עין קטנה ושקועה יותר ביחס לעין הבריאה. מטופלים רבים עלולים לסבול מחוסר תחושה בעפעף התחתון ובלחיים לאחר השבר, אך תופעה זו בדרך כלל משתפרת גם ללא ניתוח.

תיקון עצמות ארובה שבורות נעשה בחדר ניתוח כשהמטופל בהרדמה מלאה. את הניתוח ניתן לבצע דרך חתך בעור ו/או דרך חתך בלחמית העין ו/או בגישה אנדוסקופית דרך האף. בניתוח חושפים את עצמות ארובת העין בקיר הפנימי ו/או החיצוני ו/או התחתון ו/או העליון של ארובת העין ומבצעים תיקון של השבר לרבות חילוץ רקמות כלואות כגון רקמת שומן ו/או שריר. לעתים קרובות, שתל שטוח ודק ממוקם מעל השבר בעצם בכדי לכסות את החור שנוצר. שתל זה בדרך כלל הינו שתל קבוע שנותר בעין. לעיתים רחוקות מבוצע שימוש בברגים ו/או פלטות מחומרים שונים על מנת לקבע את העצם השבורה למקומה. הרופא שלך יבחר את הסוג שלדעתו הכי מתאים לסוג השבר שלך.

תוצאות הניתוח לתיקון שבר בארובה תלויות בחומרת הטראומה ובמיקום הטראומה של כל מטופל, סימפטומים, אנטומיה ייחודית ויעדי המראה הסופי. ניתוח לתיקון שבר בארובה אינו משפר ראייה מטושטשת הנגרמת מבעיות בתוך העין כמו גם אובדן ראייה שנגרם מטראומה נוירולוגית אחרת. כמו כן, ניתוח זה אינו יכול לתקן את כלל הבעיות הקשורות לטראומה בפנים, מעבר לארובת העין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניתוח לתיקון שבר בארובת העין, **בעין ימין/שמאל** (הקף בעיגול) (להלן "הניתוח העיקרי"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

במידה ואחליט לא לעבור את הניתוח, עליי להיות מוכן לחיות עם הסימפטומים של ראייה כפולה ו/או הפרעה בראיה וכמו כן, מראה לא סימטרי של עין שקועה ו/או שונה מהעין הבריאה. במקרים מסוימים הראייה הכפולה עשויה להשתפר עם משקפיים או ניתוח לשרירי העיניים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי והן: כאב ואי נוחות בחילות, הקאות, נפיחות בעפעפיים, שטפי דם מסביב לעיניים, יובש בלחמית או דמעת, אודם, צריבה, תחושת גרד בעיניים, שינויים בראייה לרבות ירידה בראייה (זמנית או קבועה) או כפילות בראייה (זמנית או קבועה).



התורה ליתול סיכונים ברפואה ביניהם
הקבוצות מדרג



הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, מראה א-סימטרי או לא מאוזן, צלקות, קושי בעצמת העיניים (שעשוי לגרום נזק לפני שטח הקרנית), ראייה כפולה, חוסר תחושה ו/או עקצוץ ליד העין, ובמקרים נדירים, אובדן ראייה. ייתכן ויהיה צורך בטיפול או ניתוח נוסף כדי לטפל בסיבוכים אלה. כשל הבדלים באנטומיה, בתגובה לניתוח ובריפוי פצעים לא ניתן להרטיט כוודאות את

<p style="text-align: center;">שם המטופל</p> <p>שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:</p>	<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
---	-------------------------------

מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח השבר בארובת העין יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הפעולה/הטיפול העיקרית/ת או מיד לאחריו.

הפעולה תתבצע בהרדמה מלאה והסבר ינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שניתוח השבר בארובת העין וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
תאריך	שעה	חתימת המטופל	

חתימת אפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם אפוסטרופוס
(קירבה למטופל)



אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:</p>

<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>

מדבקת המטופל

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

חתימת המתרגם/ת

שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

תאריך ושעה