

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

<p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>

מדבקת המטופל

גרסה 07/22

טופס הסכמה ל

ניתוח אורביטוטומיה – ביופסיה מנגע בארובה / Orbitotomy

מהות הבעיה הרפואית: נגע בארובה הוא גדילה חריגה של רקמה באיזור ארובת העין. יש שני סוגים של נגעים, נגעים שפירים ונגעים ממאירים. נגעים שפירים לרוב נחשבים לפחות מסוכנים אך עלולים לגדול ולהתפשט וכך ללחוץ על רקמות חיוניות לאיכות הראייה והנגעים הממאירים גם כן עלולים להתפשט וללחוץ על רקמות חיוניות לחדות או איכות הראייה, ההתפשטות של נגעים ממאירים בד"כ בקצב מהיר יותר וכמו כן הם עלולים לשלוח גרורות לאיברים מרוחקים.

ניתוח אורביטוטומיה הוא הליך כירורגי להשגת גישה וחיפה לאזור מסוים של ארובת העין.

מטרת הניתוח הינה לבצע כריתה חלקית או מלאה מנגע בארובה. האינדיקציות לניתוח זה הינם- לחץ על עצב הראייה/compressive optic neuropathy, כפל ראייה עקב לחץ על שרירי העין, לחץ על גלגל העין שיכולה לגרום לשינויים בפונדוס. בנוסף, עליית לחץ תוך ארובתי שמשפיע על לחץ תוך עיני, חשיפת יתר של הקרנית/exposure keratopathy עקב בלט של העין בנוסף לעוות אסתטי קוסמטי במראה העין.

ישנן מספר גישות ניתוחיות לביצוע ניתוח אורביטוטומיה, הגישה המועדפת תלויה במקום ובגודל הנגע בארובה והיא צריכה לספק חשיפה כירורגית נאותה עם מינימום תופעות לוואי. השיטות הניתוחיות האפשריות הן חתך חיצוני דרך עור העפעף, או פנימי דרך הלחמית, שיטה אנדוסקופית או נירוכירורגית כמו כן ניתן לשקול חשיפה של העצם הרצויה על ידי הפשלת רקמות המכסות אותה במטרה לגישה נוחה ויותר בטוחה לנגע.

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

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון, מעקב או טיפול תרופתי או קרינתי במקרים מסוימים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי השכיחות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, ראייה כפולה זמנית, פגיעה תחושתית זמנית שטפי דם ונפיחות סביב הארובה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכוכים האפשריים, לרבות: זיהום, דימום, צורך בניתוח חוזר, ירידה בראייה עד כדי עיוורון, שינוי בגודל האישון, ראייה כפולה קבועה, שינוי במנח העפעף או הגבות, צלקת, יובש, דמעת, חוסר תחושה במצח או באיזור הלחי והחך, כאב ראש, דלף של נוזל עמוד השדרה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח האורביטוטומיה יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: הרחבת החתך הניתוחי, הוספת חתכים כירורגיים נוספים סביב הארובה על מנת להגדיל את החשיפה הכירורגית כולל שימוש בשיטה אנדוסקופית או נירוכירורגית או על מנת לשחרור לחץ מדימום תוך ניתוחי.



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אורביטוטומיה יתברר

	שם המטופל שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:	שם המוסד הרפואי / לוגו
--	----------------------------------------------------	------------------------

מדבקת המטופל

אם הפעולה תבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיכונים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שניתוח אורביטוטומיה וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו 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	
שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

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

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה



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

שם המתרגם/ת	חתימת המתרגם/ת
תאריך ושעה	קשריו למטופל/ת



התורה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
הקבוצה מדגש

