

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

טופס הסכמה לניתוח טרבקולוטומיה תוך-נהורית בסיוע גוניוסקופיה / GATT (Gonioscopy-Assisted Transluminal Trabeculotomy) 1-9099-15-2022

גרסה 05/22

טופס הסכמה ל

ניתוח טרבקולוטומיה תוך-נהורית בסיוע גוניוסקופיה / Gonioscopy-Assisted Transluminal Trabeculotomy (GATT)

לחץ תוך עיני מוגבר הינו גורם סיכון מובהק להתפתחות והתקדמות מחלת הגלאוקומה. לפיכך, הפחתת הלחץ התוך עיני הינה מטרה חשובה בחולי גלאוקומה או בחולים הסובלים מיתר לחץ תוך עיני. הפחתת הלחץ מושגת בדרך כלל באופן תרופתי ו/או באמצעות טיפולי לייזר, אולם כאשר אלו לא מתאפשרים או לא משיגים את התוצאה הרצויה, לעיתים עולה הצורך בטיפול ניתוחי.

מטרת ניתוח הטרבקולוטומיה התוך-נהורית בסיוע גוניוסקופיה הינה הפחתת הלחץ התוך עיני בחולי גלאוקומה או יתר לחץ תוך עיני וזאת כדי לנסות ולמנוע נזק לעצב הראיה.

בניתוח תוך-עיני זה מבוצעת הסרת חלקה החיצוני של הרקמה שנמצאת בקדמת מערכת הניקוז של העין (תעלת שלם), ושבה קיימת לרוב התנגדות משמעותית לזרימת נוזל. הסרת הרקמה מקטינה את ההתנגדות לניקוז הנוזלים וכך הלחץ התוך עיני עשוי לרדת. עקרון הפעולה הינו החדרת חוט ניתוחי לתוך חלל התעלה (לכל ההיקף או לחלק מהיקף) ולבסוף הוצאתו תוך כדי חשיפת חלל התעלה אל הלשכה הקדמית של העין. בסיום הניתוח לא מושאר כל משתל בעין.

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על הצורך בניתוח טרבקולוטומיה תוך-נהורית בסיוע גוניוסקופיה (GATT), להפחתת הלחץ התוך עיני,

בעין ימין / שמאל (נא לסמן), (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: המשך טיפול תרופתי, השתלת נקז, ניתוח טרבקולקטומיה וטיפול לייזר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות, ירידה בחדות הראיה, כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום תוך עיני ופגיעה בעדשת או בקרנית העין. הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מוקדמים ומאוחרים לרבות עליית לחץ תוך עיני, דימום, תת לחץ תוך עיני (היפוטוניה), ירידה בחדות הראיה, זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט), צניחת העפעף, אי ספיקה של הקרנית ואף צורך בניתוח נוסף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח טרבקולוטומיה תוך-נהורית בסיוע גוניוסקופיה יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך השגת שליטה על הלחץ התוך עיני, או 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 העיקרי או מיד לאחריו.

אם הפעולה תבצע בהרדמה הסבר ינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להר

שם המטופל שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:	כאלחוש מקומי/אזורי/חס ביצוע אלחוש זה, עם או של הרדמה מקומי	שם המוסד הרפואי / לוגו
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------

מדבקת המטופל

ההרדמה והסיבוכים 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 יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח טרבקולוטומיה תוך-נהרית בסיוע גוניוסקופיה (GATT) וכל ההליכים העיקריים יעשו 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 / לאפוסטרופוס / 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.

חתימת המתרגם/ת

שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

תאריך ושעה