

שם המטופל

שם משפחה:

שם פרטי:

ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 12/21

טופס הסכמה ל

טיפול בעכירות משנית של הקופסית האחורית על ידי לייזר יאג
YAG Posterior Capsulotomy for treating secondary (קפסולוטומיה)

מהות הבעיה הרפואית : ירוד משני.

לאחר ניתוח קטרקט תתכן הופעת עכירות על גבי הקופסית האחורית המחזיקה את העדשה המלאכותית. מצב זה קרוי "ירוד משני" ועלול לגרום לירידה באיכות הראייה. הטיפול ב"ירוד משני" הינו בעזרת יצירת פתח בחלקו האחורי של שק העדשה ע"י שימוש בלייזר YAG.

הפעולה מתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי, בהרדמה מקומית על ידי טיפות ונמשכת מספר דקות. בחלק מהמקרים הרופא המבצע משתמש בעדשה טיפולית המוצמדת אל קרנית המטופל. המכשיר שולח קרני לייזר ממוקדות אל הקופסית האחורית ויוצר בה פתח קטן המאפשר לאור לחזור דרכו ועל ידי כך לשפר את חדות הראייה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על טיפול בעכירות משנית של הקופסית האחורית על ידי לייזר יאג (YAG Laser Capsulotomy) (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בעכירות משנית של הקופסית האחורית על ידי לייזר יאג YAG Laser Capsulotomy **בעין ימין / עין שמאל / שתי העיניים** (יש לסמן את המתוכנן)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית אשר כוללות ראייה של נקודות שחורות מרחפות (Floaters).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: עליית לחץ תוך עיני, בצקת בקרנית, נזק לעדשה המלאכותית, תזוזה של העדשה המלאכותית ממקומה, דלקת תוך עינית, דימום תוך עיני, בצקת ברשתית, חור / קרע ברשתית והפרדות רשתית.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך כי הטיפול בעכירות משנית של הקופסית האחורית על ידי לייזר יאג (YAG Laser Capsulotomy) 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.



החברה לייתול סיכונים ברפואה בע"מ
הקבוצה מודנס



אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל



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 / 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.



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