

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 06/21

טופס הסכמה ל

צילום פלואורסצין של העין (אנגיוגרפיה) / Fluorescein Angiography

מהות הבעיה הרפואית

מטרת הבדיקה הינה הדגמת כלי הדם ברשתית העין. לצורך הבדיקה תבצע הזרקה של 5 CC פלואורסצין לוריד. מיד לאחר ההזרקה, למשך כ-15 דקות, יבוצעו מספר תמונות באמצעות הבזק (flash) לשתי העיניים לסירוגין.

צילום פלואורסצין (FA) מתבצע לאחר הזרקה של חומר בשם פלואורסצין לוריד. הפלואורסצין הוא חומר

צבע שאינו מכיל יוד ואינו חומר ניגוד.

האם ידועה לך רגישות לפלואורסצין? **כן/ לא** (הקף/י בעיגול את התשובה)

האם ידועה לך אלרגיה למעל 3 תרופות או אסטמה? **כן/ לא** (הקף/י בעיגול את התשובה)

האם ידוע לך על אי ספיקה כלייתית? **כן/ לא** (הקף/י בעיגול את התשובה)

באם התשובה לאחד הסעיפים היא כן, אנא פרטי/

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על צילום פלואורסצין של העין (אנגיוגרפיה) (להלן "הפעולה העיקרית"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי - במקרים מסוימים ניתן להסתפק בצילום OCTA (Optical Coherence Tomography Angiography).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הפעולה העיקרית והן:

1. צבע העור יהפוך צהבהב-כתום וצבע השתן יהפוך כתום למשך 24 שעות.
2. ב-10% מהמקרים יכולה להופיע בחילה שתחלוף כעבור כ-2 דקות. כדאי להימנע מאכילה כשעתיים לפני הבדיקה.

כמו כן, הוסברו לי שיתכנו סיכונים נדירים יותר:

1. תיתכן תגובה אלרגית מלווה ירידת לחץ דם או פריחה.
2. תופעות נדירות מאד: קוצר נשימה קשה עד בצקת ריאות, כאבים בחזה, התקף לב או דום לב.



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך צילום פלואורסצאין של העין (אנגיוגרפיה) 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 הפעולה העיקרית או מיד לאחריה.

שם המטופל
שם משפחה:
שם פרטי:
ת.ז.:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

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 שצילום פלואורסצאין של העין (אנגיוגרפיה) 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 הפעולה העיקרית.



שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------



שם אפוסטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
------------------------------	--

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.



שם המתרגם/ת חתימת המתרגם/ת



תאריך ושעה קשריו למטופל/ת

