

יחיד המומחה הרפואי / ליווי

מדבקת המטופל

גרסה 07/20

טופס הסכמה ל

אירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג
YAG LASER PERIPHERAL IRIDOTOMY (LPI)

מטרת הפעולה, ברוב המקרים, הינה השוואת לחצים בין חלקה הקדמי של העין (הלשכה הקדמית) וחלקה האחורי (הלשכה האחורית). בהתוויה זאת הפעולה מבוצעת על מנת להפחית לחץ במקרי גלאוקומה בזווית סגורה ויכולה להקטין את הסיכון להתקפי גלאוקומה בזווית סגורה במטופלים המועדים לכך. לעיתים, מבוצעת הפעולה בהתוויות פחות שכיחות כגון במקרי גלאוקומה כתוצאת פיזור פיגמנט בעין או כדי להסיר רקמת קשתית בהתוויות שונות כגון במומים מולדים.

הפעולה מתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי. ברוב המקרים הרופא המבצע משתמש בעדשה טיפולית המוצמדת אל קרנית המטופל. המכשיר שולח קרני לייזר ממוקדות אל קשתית העין ויוצר בה נקב זעיר. הפעולה נמשכת בין מספר שניות למספר דקות.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **הרדמה מקומית על ידי טיפות.**

שם המטופל:

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע אירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג (YAG LPI) בעין: **ימין / שמאל / שתי העיניים** (להלן, "הפעולה העיקרית"), מד"ר/פרופ':

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

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



כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות טיפול תרופתי בטיפות (לעיתים ביעילות מוגבלת) או ביצוע ניתוח קטרקט (בהתוויות המתאימות).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיכונים האפשריים לאחר הפעולה,

מדבקת המטופל

שם המרכז הרפואי / ליווי

לרבות: עין אדומה, דלקת תגובתית בלשכה הקדמית, עליה בלחץ התוך עיני, דימום בלשכה הקדמית, התפתחות קטרקט או החמרת קטרקט קיים. הוסבר לי גם כי עלולים להיגרם סיכונים נדירים כגון פגיעה בקרנית והופעת כפל ראייה. הוסבר לי כי לעיתים לא מושגת הצלחה ביצירת הנקב בקשתית ולעיתים יש לחזור על הפעולה. הוסבר לי כי לעיתים גם הצלחה ביצירת הנקב לא מועילה בהפחתת הלחץ או במניעת התקפי גלאוקומה בזווית סגורה. ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך כי ביצוע הפעולה אירידודטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג (YAG LPI) 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.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
<p>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 הסבריי במלואם.</p>		

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה



שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

