



מדבקת המטופל



שם המטופל / ליווי

גרסה 07/20

טופס הסכמה ל

**טרבקולופלסטיה סלקטיבית בלייזר**  
**SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY (SLT)**

מטרת הפעולה הינה הפחתת הלחץ התוך עיני במקרי גלאוקומה או יתר לחץ תוך עיני. הפעולה נמשכת מספר דקות ומתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי. ברוב המקרים הרופא המבצע משתמש בעדשה טיפולית המוצמדת אל קרנית המטופל. המכשיר שולח קרני לייזר ממוקדות אל אזור אנטומי בעין הנקרא זווית הלשכה הקדמית. פעולת הלייזר יוצרת תגובה תוך תאית העשויה לשפר את ניקוז הנוזלים החוצה מהעין דרך זווית הלשכה הקדמית.

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 טרבקולופלסטיה סלקטיבית בלייזר (SLT) 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 וניתוחים חודרניים להפחתת הלחץ התוך עיני.



חברת לינול סיכונים ברפואה בע"מ  
 הקבוצה מדרג



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיבוכים האפשריים לאחר הפעולה, לרבות: עין אדומה, דלקת תגובתית בלשכה הקדמית, עליה בלחץ התוך עיני ודימום קל בלשכה הקדמית. הוסבר לי כי לעיתים יש לחזור על הפעולה. הוסבר לי גם כי לעיתים הפעולה לא מועילה בהפחתת הלחץ התוך עיני.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק

מדבקת המטופל

שם המומח הרפואי / ליווי

סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה טרבקולופלסטיה סלקטיבית בלייזר (SLT) 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
-------	-----	--------------

<b>שם אפוסטרופוס</b> (קירבה למטופל)	<b>חתימת אפוסטרופוס</b> (במקרה של פסול דיו, קטין או חולה נפש)
--	--

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / למטופל / 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.



שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
------------------	-------------	------------



שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

