



מדבקת המטופל



ייתב האומד הרפואי / ליווי

גרסה 07/20

טופס הסכמה ל

**טרבקולופלסטיה בארגון לייזר**

ARGON LASER TRABECULOPLASTY (ALT)

מטרת הפעולה הינה הפחתת הלחץ התוך עיני במקרי גלאוקומה או יתר לחץ תוך עיני. הפעולה נמשכת מספר דקות ומתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי. 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 צלקות באזור הניקוז ותגובה תוך תאית העשויה לשפר את ניקוז הנוזלים החוצה מהעין דרך זווית הלשכה הקדמית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **הרדמה מקומית באמצעות 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 בארגון לייזר (ALT) 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.



החברה לניתול טיכונים ברפואה בע"מ  
הקבוצה מדרס



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיכונים 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 סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

מדבקת המטופל

שם המומח הרפואי / ליווי

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה טריבולופלסטיה בארגון לייזר (ALT) 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)

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.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה



שם המתרגם/ת

קשריו למטופל/ת

