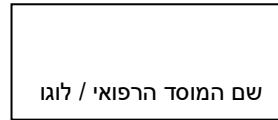


מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 10/19

טופס הסכמה ל

טיפול בלייזר ברשתית למעט קרע
SCATTER / FOCAL RETINAL LASER TREATMENT

מטרת הטיפול בלייזר ברשתית, למעט קרע, הינה להפחית את הסיכון להידרדרות נוספת בראייה עד כדי אובדן ראייה חמור כתוצאה מכלי דם פתולוגיים אשר משגשגים ברשתית ו/או דלף מכלי דם.

הרשתית יכולה להיפגע ממגוון מחלות הגורמות לירידה בחדות ובאיכות הראייה ובשדה הראייה, ביניהן: רטינופטיה סוכרתית וחסיונות ומחלות אחרות של כלי דם ברשתית. במצבים אלו עלולה להתרחש צמיחה של כלי דם אשר יכולים לגרום לדימום ברשתית ו/או בחלל הזגוגית, היווצרות של רקמת צלקת ברשתית ו/או דלף של נוזל מכלי דם אל תוך הרשתית ויצירה של בצקת במרכז הראייה (מקולה) ו/או בהיקף.

בצקת במרכז הראייה, הינה הסיבה הנפוצה ביותר לירידה בראייה בחולי סכרת ומחלות כלי דם אחרות ברשתית.

הטיפול בלייזר ניתן בד"כ בהרדמה מקומית דרך עדשה שמוצמדת לעין. תוך כדי הטיפול קרני האור מכוונות לתוך העין ויוצרות תגובת חום אשר גורמת לכוויה ברשתית, בטיפול המכוון להיקף - SCATTER וסגירה של כלי דם דולפים בטיפול המכוון למרכז הראייה.

הטיפול בלייזר מבוצע בתדירות, בהיקף ובעוצמה המותאמים למחלתו של המטופל, אחת למספר שבועות- חודשים, על פי שיקול דעתו של הרופא. לעיתים נדרש יותר מטיפול אחד.

באחריות המטופל להקפיד על המשך מעקב מסודר בכדי להעריך את התגובה לטיפול, את מצב המחלה ברשתית והצורך בטיפולים נוספים לרבות, לייזר, הזרקות תוך עיניות וניתוחים.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **מקומית / כללית / רטרובולברית (אזורית)** (הקף בעיגול את המתאים)

שם המטופל:



שם משפחה שם פרטי ת.ז. שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע טיפול בלייזר בהיקף / מרכז הרשתית בעין ימין / שמאל (להלן, "הטיפול העיקרי"), מד"ר/פרופ':



שם פרטי

שם משפחה



טופס הסכמה לטיפול בלייזר ברשתית, למעט קרע SCATTER / FOCAL RETINAL LASER TREATMENT 1-9077-15-2019

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

חתימת המטופל

שעה

תאריך

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, בתלות בחומרת המחלה, לרבות טיפול בהזרקות תוך עיניות של חומרים נוגדי החלבון VEGF (Vascular Endothelia Growth Factor) או סטרואידים וניתוח. הוסברו לי הסיכויים לשיפור במהלך המחלה, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והצורך בטיפול נוסף באם יידרש.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות בצקת או אי סדירות של פני הקרנית. במרבית המקרים תופעות לוואי אלו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול מקומי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: ירידה חולפת/קבועה בחדות ו/או באיכות הראיה, פגיעה בשדה הראיה, בראיית צבעים ובראיית לילה, גופים צפים בשדה הראיה, דימום בזגוגית, התפתחות של ממברנה אפירטינלית על פני מרכז הראיה, הפרדות רשתית, הסננה של נוזל בדמית, פגיעה בעדשה והפרעה לאקומודציה. במרבית המקרים ניתן לעקוב ובמידת הצורך לטפל בתרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות של גלגל העין.

כמו כן, אני מבין/ה שמטרת הטיפול בלייזר ברשתית אינה בהכרח לשפר ראייה אלא לעצור את התקדמות המחלה, ויתכן שתחול הדרדרות מסוימת בראיה בעקבות הטיפול. במקרים רבים הראיה תשתפר במהלך של שבועות – חודשים. ירידה קבועה בראיה עלולה להתרחש באם לא ניתן יהיה לעצור את התקדמות המחלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול בלייזר 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 הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שהטיפול בלייזר מתבצע ברוב המקרים בהרדמה מקומית. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים לרבות: רגישות, אודם, אי נוחות ותגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

כמו כן הוסברו לי סיכונים של הרדמה רטרובולברית באם יוחלט לבצעה, לרבות: חדירה לגלגל העין, פגיעה בעצב הראיה, פזילה, ובמקרים נדירים מאד עיוורון ואף מוות.



באם תידרש הרדמה כללית, הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהטיפול בלייזר ברשתית, למעט קרע, 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 טיפול בלייזר ברשתית, למעט קרע.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו



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
-------------	----------------

