



מדבקת המטופל



ועם המומד הרפואי /

גרסה 10/19

טופס הסכמה ל

כריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנזק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית הדורש טיפול בנוסף. במחלות כמו היפרדות רשתית שהינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מקרע ברשתית, מחלות כמו סכרת, חבלות עיניות או מחלות המערבות את מרכז הראיה ברשתית, נפגעת יכולת הרשתית לקלוט גירויי ראיה. במקרים אלה נדרש ניתוח לתיקון המצב כולל הצמדת הרשתית חזרה במידת הצורך. בניתוח מתבצעת כריתה של הזגוגית ולאחריה טיפול ברשתית עצמה כולל שימוש בלייזר במידת הצורך. בסיום הניתוח מושאר בחלל הזגוגיתי חומר חלופי כולל נוזל, גז או סיליקון.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / אזורית (רטובולברית) / מקומית

שם המטופל:



שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין **ימין / שמאל עם / בלי** ניתוח לתיקון היפרדות רשתית (להלן, "הניתוח העיקרי"), מד"ר/פרופ':



שם פרטי

שם משפחה



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
נקודות מד"ס

עמוד 1 מתוך 3



איגוד רופאי העיניים בישראל
ISRAEL OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY

תאריך

שעה

חתימת המטופל

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי בתלות במחלה, היקפה וחומרתה ולפי שיקול דעתו של הרופא המטפל. במצב של היפרדות רשתית הוסבר על חלופות אפשריות כולל חיגור או הזרקת גז תוך עינית עם הקפאה (cryopexy) / לייזר. במצבים אחרים הוסבר על חלופות אפשריות כולל הזרקות תוך עיניות של חלבון מסוג anti-endothelial growth factor, הזרקת גז תוך עינית ועוד. הוסברו לי הסיכויים לשיפור במהלך המחלה, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והצורך בטיפול נוסף באם יידרש.

כמו כן, הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש

מדבקת המטופל

ועח המומד הרפואי /

צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות כגון: הסרת הירוד וכי יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים בין השאר בכדי להחזיר את הרשתית למקומה.

אני מצהירה ומאשרת 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: זיהום תוך עיני (אנדאופטלמיטיס), דימום, עליה זמנית/ ממושכת בלחץ התוך עיני, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, נזק לעדשה, היווצרות/ התקדמות של הירוד, צניחת העפעף, כפל ראייה, קרעים / היפרדות רשתית, הסננה של נוזל בדמית, במרבית המקרים ניתן לטפל בסיבוכים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית 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 הניתוח העיקרי.

אם הניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית יבוצע בהרדמה אזורית (רטובולברית)/ מקומית הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה המקומית/אזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים לרבות:



לי על תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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/ומסכים/ה לכך שהניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהפרדות רשתית 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 הניתוח העיקרי.

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 הסבריי במלואם.

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

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל/ת
-------------	----------------

