

מדבקת המטופל



גרסה 10/19

טופס הסכמה ל

## טיפול בלייזר לסגירת קרע/ים ברשתית

LASER RETINOPXT TREATMENT FOR RETINAL TEAR

טיפול בלייזר ברשתית מתבצע במטרה לסגור קרע/ים ברשתית, ובכך לנסות ולמנוע היפרדות רשתית וצורך בניתוח להצמדתה. התנתקות פני הזוגית האחורית הינו תהליך פיזיולוגי אשר יכול לגרום לקרע/ים ברשתית. במידה והקרע לא יטופל, יש סיכון לחדירת נוזל מחלל הזוגית אל מתחת לרשתית ולהפרדות רשתית עם פגיעה בשדה הראיה וירידה בראייה.

הטיפול בלייזר ניתן דרך עדשה המוצמדת לעין. תוך כדי טיפול קרני האור מכוונות לתוך העין ויוצרות תגובת חום אשר גורמת לכוויה ברשתית בטיפול המכוון סביב לקרע/ים. הוא מבוצע בתדירות, בהיקף ובעוצמה המותאמים למחלתו של החולה ולעיתים נדרש יותר מטיפול אחד.

על הנבדק/ת להקפיד על המשך מעקב מסודר בכדי להעריך את התגובה לטיפול, את מצב המחלה ברשתית והצורך בטיפולים נוספים.

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

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 לסגירת קרע/ים ברשתית בעין ימין/שמאל (להלן, "הטיפול העיקרי"), מד"ר/פרופ':



שם משפחה      שם פרטי



תאריך      שעה      חתימת המטופל

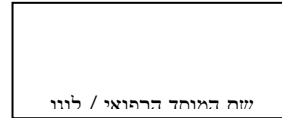


כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי לרבות טיפול ב- Cryopexy, הזרקת גז או ניתוח. הוסברו לי הסיכויים לשיפור במהלך המחלה, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והצורך בטיפול נוסף באם יידרש.

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



מדבקת המטופל



שנת המועד הרפואי / ליוו

מעצמן או מגיבות לטיפול מקומי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום זגוגיתי, ירידה חולפת בראיה וממברנה אפירטינלית היכולה להיווצר על פני מרכז הראיה תוך מספר חודשים - שנים שיתכן ותגרום לירידה בראיה. אחוז הסיבוכים נמוך מאד, במרבית המקרים חולף מעצמו ובמיעוט המקרים דורש ניתוח.

כמו כן, אני מבין/ה שבמעקב לאחר הטיפול יתכן דימום זגוגיתי, הופעה של קרעים נוספים או פריצה של נוזל מעבר לצלקות הלייזר שאינם מהווים בהכרח סיבוך של הטיפול בלייזר אלא תוצאה של התקדמות נוספת בתהליך של הפרדות פני הזגוגית האחורית מהרשתית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול בלייזר לסגירת קרע/ים ברשתית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים 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.

ברוב המקרים הטיפול בלייזר לסגירת קרע/ים ברשתית יתבצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות 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.

במידה והפעולה תתבצע בהרדמה כללית, ההסבר 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול בלייזר לסגירת קרע/ים ברשתית וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.



אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול לייזר לסגירת קרע/ים ברשתית.

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

