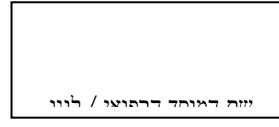


מדבקת המטופל



שם המומחש הרפואי / ליווי

גרסה 01/20

טופס הסכמה ל

**הזרקה תוך עינית / INTRA-VITREAL INJECTION**

מחלות הרשתית והדמית הגורמות לירידה בחדות ראייה, איכות הראייה ושדה הראייה על רקע צמיחת כלי דם פתולוגיים בעין ודלף מכלי דם בדמית וברשתית מטופלות, בשנים האחרונות, על ידי הזרקה תוך עינית של חומרים נוגדי החלבון (Vascular Endothelia Growth Factor) VEGF.

המצבים העיקריים בהם מתבצעות הזרקות לתוך העין הם: צמיחת כלי דם מהדמית על רקע ניוון מקולרי, קוצר ראייה, חבלה או מחלות אחרות, רטינופטיה על רקע סכרת, בצקות של המקולה (מרכז הראייה) על רקע סכרת, חסימות כלי דם ברשתית ומחלות אחרות. בנוסף, יש אפשרות להזריק סטרואידים לזוגית העין כטיפול לבצקות של הרשתית ודלקת הענביה. במצבים של זיהום תוך עיני ניתן להזריק גם תרופות אנטיביוטיות/ אנטי וירליות/ אנטי פטרייתיות. כמו כן במחלות ענביה ובגידולים כגון לימפומה ניתן להזריק בנוסף, תרופות אנטי מטבוליות וביולוגיות.

הטיפול בהזרקה ניתן בתכיפות ומשך המותאמים למחלתו/ה של המטופל ולתגובתו/ה לטיפול. **בחלק מהמקרים יש צורך בהזרקות חוזרות, לעיתים אחת לחודש, לפרקי זמן ממושכים.**

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **מקומית / כללית** (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 הזרקה תוך עינית לחלל הזוגית

עין ימין : אבסטין / לוסנטים / אייליה / אוזורדקס / טריאסנס / קנלוג / אחר: \_\_\_\_\_

עין שמאל : אבסטין / לוסנטים / אייליה / אוזורדקס / טריאסנס / קנלוג / אחר: \_\_\_\_\_ בשל

אבחנה: ניוון מקולרי (AMD) / בצקת מקולרית / דלקת הענביה / אחר: \_\_\_\_\_

(להלן: "הטיפול העיקרי"), מד"ר/פרופ':

---

שם פרטי

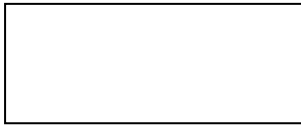
שם משפחה



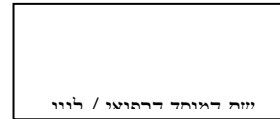
חתימת המטופל

שעה

תאריך



מדבקת המטופל



כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות האפשריות בתלות במחלה, לרבות: תכשירים אחרים, טיפולי לייזר וטיפול פוטודינאמי. הוסברו לי הסיכויים לשיפור במהלך המחלה ובחדות הראיה, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והצורך בהזרקות חוזרות באם יידרש.

הובהר לי שהזרקה אבסטין לעין, במידה ותבוצע, ניתנת מחוץ להתוויית היצרן (LABEL OFF).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של הזרקות תרופות לחלל הזוגית, לרבות: כאבים בעין, דימום תת לחמית, גופים צפים בשדה הראייה, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית, דלקת הענבייה, הפרעות בראייה, רגישות לתרופה המוזרקת ו/או לחומר החיטי ו/או לאנטיביוטיקה הניתנת במסגרת הטיפול. במרבית המקרים תופעות לוואי אלו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול אך לעיתים לוקח זמן רב עד להחלמה מלאה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום חיידקי תוך עיני (אנדופטלמיטיס), קרע עם/בלי היפרדות רשתית, דימום זגוגיתי, היווצרות/ התקדמות של ירוד (קטרקט) ועלייה זמנית/ ממושכת בלחץ התוך עיני. במרבית המקרים ניתן לטפל בסיבוכים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

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

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 רגישות, אודם, אי נוחות או 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 ותידרש הרדמה 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 בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שההזרקה התוך עינית 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 בזה את הסכמתי לביצוע הזרקות תוך עיניות.**

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 לאחד ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

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

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

