

מדבקת המטופל



ייתב האומד הרפואי / ליוו

גרסה 09/19

טופס הסכמה ל

**ניתוח לתיקון ליקויי ראייה ע"י אקסימר לייזר**  
**בשיטת LASIK/Intra-LASIK או בשיטת PRK/LASEK**  
**PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY BY EXCIMER LASER (PRK) / LASER**

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה במקרים של קוצר ראייה, רוחק ראייה, אסטיגמציה או שילוב ביניהם שלא באמצעות משקפיים או עדשות מגע. הניתוח לא נועד לתקן את הבעיה הבסיסית בעין, ולא ימנע התפתחות טבעית של בעיות ומחלות שונות בעיניים שעלולות להתפתח בכל אדם ללא קשר לניתוח כגון: קטרקט, גלאוקומה, הפרדות הזגוגית, הפרדות הרשתית, חורים ברשתית, ניוון הרשתית ו/או מחלות עיניים אחרות.

שיטות לתיקון ליקויי ראייה:

- LASIK: יצירת מתלה (flap) בקרנית בעזרת מכשיר מכאני (מיקרוקראטום) ושיוף השכבות בעומק הקרנית בעזרת אקסימר לייזר.
- Intra-LASIK: יצירת מתלה (flap) בקרנית בעזרת לייזר מסוג femtosecond ושיוף השכבות בעומק בקרנית בעזרת אקסימר לייזר.
- PRK / LASEK: הסרת שכבת הציפוי החיצונית (האפיתל) של הקרנית ושיוף השכבות על פני הקרנית בעזרת אקסימר לייזר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: הרדמה מקומית ע"י הזלפת טיפות לעין המנותחת.

**שם המטופל:**



שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע על ניתוח לתיקון ליקויי ראייה באמצעות אקסימר לייזר בשיטת _____ בעין ימין / שמאל (להלן "הניתוח העיקרי"), מד"ר/פרופ':			



טופס הסכמה לניתוח לתיקון ליקויי ראייה ע"י אקסימר לייזר בשיטת LASIK/Intra-LASIK או בשיטת PRK/LASEK (PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY BY EXCIMER LASER (PRK) / LASER ASSISTED KERATO MILEUSIS (LASIK) 1-9073-15-2019

שם פרטי	שם משפחה
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> מדבקת המטופל	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             י"ת המומד הרמוצי / ליוו           </div>

תאריך	שעה	חתימת המטופל
<p>אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי השיטות השונות לתיקון ליקויי הראייה שלי וכן הוסברו לי יתרונותיהן והסרונותיהן בהתאם למצב העיניים שלי.</p> <p>הוסבר לי שתהליך ההחלמה מהניתוח קשור ביכולת ההחלמה של העין והוא אישי לכל מטופל. ריפוי רקמת הקרנית והתגובה לטיפול בלייזר שונים מאדם לאדם. התנודות והשינויים בהדות הראייה נמשכים לעיתים מספר שבועות עד חודשים, אך במקרים נדירים התנודות עשויות להימשך תקופה ארוכה לאחר הניתוח. הוסבר לי שבניתוח מסוג PRK / LASEK תהליך התייצבות הראייה עד להשגת ראייה מיטבית עשוי להימשך עד 3 חודשים מהניתוח, ובמקרים נדירים אף יותר מכך.</p> <p>הוסבר לי שתיתכן תוצאה אופטית שתבוא לידי ביטוי בתת-תיקון או תיקון-יתר. תיתכן אפשרות שלאחר התוצאה הראשונית של הניתוח תתפתח נסיגה, וחזרה של חלק מהמספר. הוסבר לי ששיעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיופטר. ככל שהמספר לפני הניתוח יהיה גבוה יותר, הסיכוי לנסיגה של התוצאה יהיה גדול יותר. לעיתים יהיה צורך בניתוח נוסף כדי לתקן מצב כזה של נסיגה ולהגיע לתוצאה אופטימלית. ההחלטה על ביצוע ניתוח תיקון תהיה תלויה במבנה הקרנית ועובייה לאחר הניתוח, ולעיתים לא יהיה ניתן לבצע ניתוח תיקון בגלל מבנה או עובי הקרנית או שיקולים רפואיים אחרים.</p> <p>הוסבר לי שלמרות סיכויי ההצלחה הגבוהים, לא ניתן להבטיח ראייה מושלמת (ראייה של 6/6 או מספר / צילינדר של 0 לאחר הטיפול). הוסבר לי שבמקרים נדירים יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים או עדשות מגע גם לאחר הניתוח.</p>		



הוסבר לי שבכל מקרה ניתוח הלייזר אינו מונע התפתחות פרסביאופיה (זוקן ראייה), מצב המחייב הרכבת משקפי קריאה לראייה ולעבודה מקרוב עד טווח מסך המחשב. תהליך זה קורה באופן טבעי לאחר גיל 40 בכל האוכלוסייה. הוסבר לי כי ניתן במקרים מסוימים לבצע ניתוח בשיטת Monovision, בה מבוצע תיקון מלא המאפשר ראייה לרחוק בעין אחת, ותיקון חלקי המאפשר ראייה לקרוב בעין השנייה.

לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי וביקורות לפרק זמן שיקבע ע"י הרופא. הוסבר לי כי הצלחת הניתוח מותנית במעקב רפואי כנדרש וכן בנטילת תרופות וטיפות עיניים כפי שנרשם ע"י הרופא. הימנעות מכך עלולה לפגום בתוצאות הניתוח. טיפול ממושך בטיפות לאחר הניתוח עלול לגרום להתפתחות גלאוקומה או קטרקט.

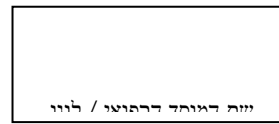
כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון, השתלת עדשה תוך עינית ללא הסרת העדשה הטבעית; הסרת העדשה הטבעית והשתלת עדשה תוך עינית במקומה; המשך השימוש במשקפיים ו/או עדשות מגע.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: יובש בעיניים, אי נוחות, צריבה, רגישות לאור השמש ולתאורה חזקה, סינוור והילות בראיית לילה, ראייה כפולה. הפרעות אלו עלולות להימשך מספר חודשים ואפילו מעבר לכך ולהגביל בנהיגה בעיקר בלילה.

הוסבר לי שבניתוחי LASIK ו-Intra-LASIK יתכנו סיכונים וסיבוכים אפשריים, לרבות: יצירת מתלה חלקי, קרע במתלה, יצירת מתלה לא ממורכז, או בעיה ביצירת המתלה המונעת את המשך הניתוח; תזוזת המתלה ממקומו בתקופה שלאחר הניתוח; קפלים במתלה; תהליך דלקתי מתחת למתלה; צמיחת אפיתל מתחת למתלה; ארוזיה (פצע שטחי) בשכבת האפיתל של המתלה; ריפוי לא סדיר של המתלה; בלט של הקרנית או עיוות הקרנית (אקטידה); זיהום של הקרנית שעלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, יצירת צלקת או עיוות בצורת הקרנית. במקרים אלו ידרשו פעולות נוספות בהתאם למצב, כגון החזרת המתלה למקומו, הסרת האפיתל הצומח



מדבקת המטופל



מתחת למתלה, טיפול תרופתי ממושך, עדשות מגע, קרוס לינקינג (קשרי צילוב של הקרנית) או במקרים נדירים מאוד השתלת קרנית. במקרים נדירים מאוד יכולה להתפתח בעקבות הניתוח ראייה לקויה מאוד עד לאובדן מוחלט של הראייה.

הוסבר לי שבניתוחי LASEK / PRK יתכנו סיכונים וסיבוכים אפשריים, לרבות: החלמה איטית יחסית של שכבת הציפוי החיצונית של הקרנית; זיהום של הקרנית; עכירות או הצטלקות של הקרנית שעלולה לגרום לטשטוש ראייה; ריפוי לא סדיר של אפיתל הקרנית; ארוזיות (פצעים שטחיים) חוזרות של אפיתל הקרנית; בלט או עיוות



הקרנית (אקטזיה). במקרים אלו ידרשו פעולות נוספות בהתאם למצב, כגון טיפול תרופתי ממושך, עדשות מגע, קרוס לינג'ג (קשרי צילוב של הקרנית) או במקרים נדירים מאוד השתלת קרנית. במקרים נדירים מאוד יכולה להתפתח בעקבות הניתוח ראייה לקויה מאוד עד לאובדן מוחלט של הראייה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך כי הניתוח העיקרי 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 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
-------------	----------------

