

המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

י"ת האגודה הרפואית / לוגו

גרסה 09/19

טופס הסכמה ל

**ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה (ניתוח להפחתת לחץ תוך עיני) –  
טרבקולקטומיה / Trabeculectomy**

מטרת ניתוח הטרבקולקטומיה הינה הפחתת הלחץ התוך עיני בחולי גלאוקומה או יתר לחץ תוך עיני וזאת כדי לנסות ולמנוע נזק לעצב הראיה.

בניתוח זה מבוצע פתח מבוקר ליציאת נוזל תוך עיני ובכך מושגת הפחתת הלחץ על ידי יצירת מערכת ניקוז חלופית שעוקפת את מערכת הניקוז של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח בחומרים אנטימטבוליטיים כדי למנוע את הצטלקות פתח הניקוז וסגירתו.

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

כללית / מקומית

שם המטופל:



שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
<p>אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע ניתוח טרבקולקטומיה להפחתת הלחץ התוך עיני בעין ימין / שמאל (להלן: "הניתוח העיקרי"), מד"ר/פרופ':</p>			



שם משפחה	שם פרטי



תאריך	שעה	חתימת המטופל



כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כגון המשך טיפול תרופתי, השתלת נקז וטיפולי לייזר. הוסברו לי הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכישלון הניתוח, דהיינו, השארות לחץ תוך עיני גבוה או אף עלייתו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות ירידה בחדות הראיה,



מדבקת המטופל מדבקת



כאב ואי נוחות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לבצע פעולות נוספות כגון שימוש ברקמת לובן עין משומרת, סיום הניתוח ללא יצירת פתח ניקוז או מעבר להשתלת נקז תוך עיני.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והאפשריים במהלך הניתוח לרבות: דימום תוך עיני ואובדן זוגיות. הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מוקדמים ומאוחרים לרבות דלף, תת לחץ תוך עיני (היפוטוניה), ירידה בחדות הראיה, זיהום, דימום, היווצרות ירוד (קטרקט), צניחת העפעף, ואף צורך בניתוח נוסף.

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

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה **כללית**, ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם ניתוח הטרבקולקטומיה 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, דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראיה, וכן הסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה

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



אני יודעת/ ומסכים/ה לכך ש שניתוח הטרבקולקטומיה וכל ההליכים העיקרים 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 בואת 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

