

שם המטופל	
שם משפחה:	
שם פרטי:	
ת.ז.:	

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 07/22

טופס הסכמה ל

דקומפרסיה של ארובה / Orbital decompression

מהות הבעיה הרפואית: שיפור בלט עין.

מטרת הניתוח הינה לשפר בלט עין על ידי הסרת חלק מעצמות הארובה או על ידי הסרת רקמת שומן מתוך ארובת עין. הפעולה מבוצעת לצרכי שיפור המראה הקוסמטי או כטיפול בחשיפת הקרנית הנובעים מבלט העין. לעיתים הניתוח מבוצע במטרה רפואית על מנת להקטין את הלחץ על עצב הראייה או הלחץ התוך עיני.

את הניתוח ניתן לבצע דרך חתך בעור ו/או דרך חתך בלחמית העין ו/או בגישה אנדוסקופית דרך האף. בנייתוח חושפים את עצמות ארובת העין בקיר הפנימי ו/או החיצוני ו/או התחתון ו/או העליון של ארובת העין ומסירים חלקים מהעצמות בעזרת מכשירים שונים בהם גם מקדח משייף. כמו כן ניתן לשקול כריתת שומן מתוך הארובה. הניתוח אינו מיועד לטפל בפזילה או בהפרעות לתנועת העין וגם אינו בהכרח משפר מפתח עין רחב על רקע משיכת העפעפיים (רטרקציית עפעפיים).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, על ניתוח דקומפרסיה של ארובה **בעין ימין/שמאל** (נא להקיף) (להלן "הניתוח העיקרי"), הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכונים והתועלת.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כמו ביצוע ניתוח סגירת צידי העפעפיים (טרזורפיה), ניתוח להקטנת מפתח העפעפיים (תיקון רטרקציה), וטיפול תרופתי בסטרואידים ובתרופות המחלישות את מערכת החיסון/או על ידי הקרנות לארובת העין במקרים המתאימים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות והן: בחילות, הקאות, נפיחות בעפעפיים, שטפי דם מסביב לעיניים, יובש בלחמית או דמעת, אודם, צריבה, תחושת גרד בעיניים, שינויים בראייה לרבות ירידה בראייה (זמנית או קבועה) או כפילות בראייה (זמנית או קבועה).

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה הרפואית, דקומפרסיה של הארובה, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות לשם ביצוע הפעולה כגון: תיקון רטרקציה של עפעף והוצאת שומן ארובתי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: כפילות בראייה - 40% (אם כפל הראייה נותר קבוע יהיה צורך לשקול ניתוח נוסף לתיקון פזילה), ירידה בחדות הראייה עד כדי עיוורון (נדיר), פגיעה עצבית בתחושה מסביב לעיניים - 30% (לרוב זמני, לעיתים קבוע), התלקחות של מחלה דלקתית אוטואימונית בעין ובארובה, דימום מוחי או דליפת נוזל מח (נדיר), זיהום לאחר ניתוח (נדיר) או דימום חמור לאחר הניתוח אל תוך ארובת



העין או דרך האף (נדיר), תנועה לא רצונית של העין בעת לעיסה (אוסילופסיה) או סינוסיטיס. סה"כ הסיכוי לסיבוך קשה המסכן ראייה או מסכן חיים הוא פחות מ 1%.

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

ת ם ש ם א ו	<p>שם המטופל</p> <p>שם משפחה:</p> <p>שם פרטי:</p> <p>ת.ז.:</p>	<p>הרחיב את היקפו, לשנותו או מניעת נזק גופני. לפיכך, עולות שלדעת רופאי בית ה</p> <p>שם המוסד הרפואי / לוגו</p>
----------------------------	---	--

מדבקת המטופל

אם הפעולה תתבצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחתום על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

במקרה בו הטיפול נעשה באלחוש מקומי/אזורי/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, 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.

ידוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שניתוח הדקומפרסיה 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.

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב

תאריך	שעה	חתימת המטופל

חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)

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 ההסברים.



שם הרופא (חותמת) חתימת הרופא תאריך ושעה

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

שם המתרגם/ת חתימת המתרגם/ת

תאריך ושעה קשריו למטופל/ת