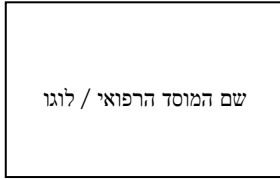




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 05/18

טופס הסכמה ל

ניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון / Incision and Drainage of Chalazion

כלזיון הינו תגובה דלקתית מקומית המערבת את בלוטות החלב (sebaceous glands) של העפעף, ומתרחשת כאשר תעלת הניקוז של הבלוטה נחסמת. כלזיון יכול לחלוף באופן עצמוני או על ידי טיפול בעיסוי וחימום מקומיים והקפדה על היגיינת (ניקיון) עפעפיים. כאשר אין שיפור בשיטות אלה, ניתן לבצע חיתוך וניקוז כירורגיים של הכלזיון במטרה לנקז את הבלוטה החסומה ולהביא לסיום התהליך הדלקתי.

בניתוח מבוצע ניקוז של הכלזיון על ידי חיתוך בפני השטח הפנימיים או החיצוניים של העפעף. בשלב זה מבוצע ניקוז זהיר של תוכן הכלזיון, עם או ללא כריתה של המעטפת הדלקתית, ושימוש בלחץ עדין או חום לשליטה בדימום. לפי שיקול דעת המנתח ניתן להזריק בסוף הניתוח סטרואידים למיטת הכלזיון.

הניתוח יבוצע בעין: ימין / שמאל בעפעף: העליון/ תחתון

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

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם המטופל:



שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:



שם משפחה	שם פרטי
----------	---------



תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

על הצורך בביצוע חיתוך וניקוז של כלזיון.

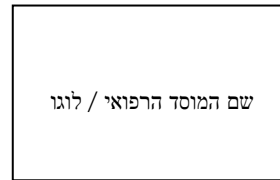
כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות:

1. הקפדה על היגיינת עפעפיים – כולל שימוש ברטיות חמימות, עיסוי מקומי וניקוי שפת העפעף. שיטה זו עשויה שלא לשפר את הדלקת במידה והכלזיון הוא עמוק.



2. הזרקת סטרואידים מקומית – סטרואידים הינם חומרים נוגדי דלקת. יתכן ויהיה צורך ביותר מזריקה אחת. שיטת טיפול זו עלולה לגרום להבהרה (דה-פיגמנטציה) של העפעף, הצטברות של משקע סטרואידים באתר ההזרקה, או במקרים נדירים מאד לחסימה של כלי דם של הרשתית או הדמית בעין עם סכנה לאבדן ראייה.
3. אי מתן טיפול – אני יכול לבחור שלא לקבל טיפול ולהישאר עם הכלזיון.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח



מדבקת המטופל

כגון: צורך בהזרקת סטרואידים, ביצוע חתכים נוספים למוקדים נוספים שנראו, שימוש במחט חמה לעצירת...
 הוסברו לי תופעות הלוואי השכיחות של הפעולה לרבות נפיחות מקומית דמום תת עורי או דימום מהפצע, טשטוש ראייה, כאב, צניחת עפעף ואי נוחות

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

1. זיהום או דימום משמעותי.
2. כאב כרוני ואי נוחות.
3. שינוי בגוון העור כתוצאה מהניתוח ו/או מהזרקת הסטרואידים.
4. אבדן ריסים באזור הניתוח.
5. היווצרות שניץ (notching) בשפת העפעף באזור הדלקת.
6. גירוי מכאני של פני השטח של העין והקרנית על ידי החתך הניתוחי או הצלקת הניתוחית בעפעף, שעלול לגרום לפגיעה בתאי הציפוי של הקרנית (corneal abrasion), פגיעה בראייה ותחושת גוף זר. מצב זה עלול להצריך שימוש ממושך בתכשירים מקומיים לסיכוך, מניעת זיהומים ולעתים נדירות גם בעדשות מגע טיפוליות.
7. נזק לגלגל העין במהלך הניתוח מכלי ניתוחי כגון סכין הניתוח, מהמחט המשמשת להזרקת חומר ההרדמה או הסטרואידים או מכלי המשמש לצריבת כלי הדם.
8. פגיעה בראייה ועד כדי עיוורון.
9. צניחת עפעף זמנית או קבועה

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

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית
 ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון יבוצע 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.



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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שניתוח חיתוך וניקוז של כליון 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 הטיפול 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 לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפרוט 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 לחולה	

