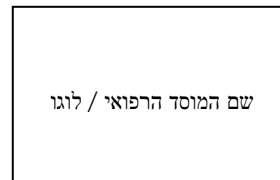




המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 05/18

טופס הסכמה ל

ניתוח אקטרופיון / ECTROPION

מטרת הפעולה היא להחזיר את העפעף למקומו, להחזיר את תפקודו ועל ידי כך למנוע גירוי, אודם, הפרשה, דמעת, כאבים ותחושת גוף זר בעין. ניתוח זה אינו משפר את טשטוש הראיה, שנגרם ע"י מחלות אחרות של העין בדרך כלל לא נחשב ניתוח קוסמטי. לעיתים ניתן לשלב את הניתוח כחלק מניתוח עפעף תחתון קוסמטי.

בשל גורמים שונים של האקטרופיון, אנטומיה שונה של כל מטופל וקיום בעיות עיניים נוספות, ישנם מספר ניתוחים שונים לתיקון הבעיה. ברובם ישנו תיקון של חולשה וצניחת העפעף, הידוקו לדופן הארובה וקיבועו למצב תקין. במקרים מסוימים יש צורך בהשתלת רקמה כדי לסייע לתיקון האקטרופיון.

הניתוח מבוצע באחת או יותר מהדרכים הבאות:

- שחרור העפעף מאחיזתו בעצם הלטרלית של הארובה, שחרור הידוקים ותפירה חוזרת מהודקת לעצם.
- תפרי היפוך אשר משנים את מנח העפעף.
- קיצור העפעף משולב עם תפרי היפוך.
- שמוש בשתל עור להארכת השכבה החיצונית של העפעף

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 האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

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



שם משפחה

שם פרטי

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל מדבקת
חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח אקטופיון.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון: שימון העין על ידי טיפות ומשחות שונות, קבוע העפעף עם פלסטר, וכמובן להמשיך ללא טיפול עם כל הסבל הנגרם ע"י אקטופיון ותוך סיכון לפגיעה קשה בעין עד לאיבוד הראיה והעין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי והן: נפיחות מסביב לעין, דמום תת עורי ותת לחמיתי, דמעת, תחושת גוף זר וצורך בהוצאת התפרים אחרי הניתוח.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אקטופיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: שטיפת דמעות, הרהבת דרכי דמעות, הסרת ריסים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: חזרה של אקטופיון, תת תיקון, תיקון יתר, זהום, דמום, מראה אסימטרי, הצטלקות, ראייה כפולה, דמעת או יובש בעין, קושי בהרכבת עדשות מגע, נימול או חוסר תחושה ליד העין, נמק של העפעף, שינוי מפתח העין, שינוי צורה ומיקום של זווית העין ובמקרים נדירים אבוד ראייה. יתכן ויהיה צורך בטיפול או ניתוח נוסף כדי לטפל בסיבוכים אלה. לכל אדם אנטומיה שונה, תגובה שונה לניתוח וריפוי שונה. לכן לא ניתן להתחייב מראש לגבי התוצאה הסופית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אקטופיון 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 / הסימה עצבית / ההסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

אם ניתוח אקטופיון 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 שהניתוח אקטופיון וכל ההליכים העיקרים 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 בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסכריי במלואם.

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

שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
-------------	-------------

