



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 01/18

טופס הסכמה ל

**FRONTALIS SLING OPERATION / ניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס**

טופס הסכמה לניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס  
FRONTALIS SLING OPERATION 1-9038-15-2018

מטרת הניתוח היא הרמת העפעף על ידי יצירת חיבור בין שריר הגבה לעפעף העליון, חיבור שיפצה על פעילות שריר העפעף הפגום.

דרך ביצוע הניתוח היא העברת שתל תת עורי בין שריר הפרונטליס במצח לבין העפעפים לצורך יצירת קשר ביניהם- כך שעל ידי הרמת המצח מורמים העפעפים. מקור השתל הינו אחד מהבאים על פי שיקול המנתח:

- חומר עצמוני כמו פציה לאטה או פציה טמפורלית- הנקצר מהמטופל מאתר ניתוח נפרד.
- שתל הומני אחר מתורם כדוגמת פציה לאטה.
- שתל חיצוני: סיליקון, חוט נילון או משי, או חומר סינטטי (גורקסט או חומר סינטטי אחר).

השתל מוחדר לתת עור על ידי מחט המחוברת אל השתל היא מועברת מתחת לעור ליצירת החיבור מתחת לעור. לאחר חיבור השתל המטפל יפתח את העפעף על ידי הרמת המצח והגבה, ויסגור את העפעף על ידי שחרור הגבה והמצח. לצורך יצירת המתלה התת עורי מוחדרת מחט מכוונת ובקצה שלה מחובר שתל המועבר מתחת לעור ולתת עור ליצירת מתלה הנקשר מתחת לעור. השתל מהווה קשר בין כח שריר הפרונטליס בגבה לבין העפעף. על ידי פעולת הרמת הגבה, מועלה העפעף העליון.

הניתוח יבוצע בעפעף עליון בעין: ימין / שמאל

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 פרטי | שם משפחה |
|---------|----------|

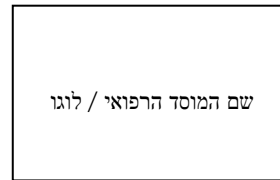


|       |     |              |
|-------|-----|--------------|
| תאריך | שעה | חתימת המטופל |
|-------|-----|--------------|



על הצורך בביצוע ניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי ובהן קיצור של שריר הלבטור היכול להתאים רק לחלק מן המקרים.



מזבקת המטופל  
במקרים בהם תפקוד השריר לא קיים כלל אין חלופה כירורגית ראויה. עם זאת, ניתן להשאיר המצב כ...  
עצלה בילדים בהם מערכת הראיה לא התפתחה במלואה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: תפר בעפעף תחתון (פרוסט) לצורך הגנה על העין, מעבר לשיטה ניתוחית אחרת לתיקון הצניחה בשל תיקון יתר או חסר.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: מתאר לא אחיד של העפעף או מתאר השונה מהמתאר לפני הניתוח, אסימטריה במפתח העפעפיים, נפיחות באיזור הניתוח, צלקות עוריות וגרנולומות (ציסטות תת עוריות). יתכן זיהום של השתל, יציאתו דרך העור, קרע שלו או החלשותו- המצריכים ניתוח חוזר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס 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 ינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס 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 להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס 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<br>(קירבה למטופל)   | חתימת אפוטרופוס<br>(במקרה של פסול דין קטין או חולה<br>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 הסבריי במלואם. |  |

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

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

