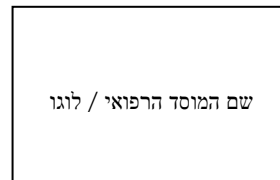




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 01/18

טופס הסכמה ל

**ניתוח תיקון צניחת עפעף / עפעפיים Upper eyelid / eyelids ptosis repair**

שיפור במנח עפעף עליון באופן חד צדדי, או דו צדדי להשגת שיפור בשדה הראיה העליון ו / או הפחתת העדר סימטריה לעפעף השני.  
 הניתוח יתבצע בגישה קדמית דרך חתך קפל עפעף עם או ללא הסרת עודף עור / שריר אורביקולריס / שומן פרה אפנוורטוי, על ידי קידום או פליקציה או קיצור של שריר הלבטור [- Lavator muscle / aponeurosis advancement / plication / resection], עם או ללא יצירת קפל עפעף. או בגישה אחורית על ידי הסרה של רקמת לחמית / שריר המולר / טרוזוס Muller muscle – conjunctival resection / fassanella servat procedure עם או ללא שימוש ב ptosis clamp / putterman clamp.

הניתוח יבוצע 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 משפחה      שם פרטי



תאריך      שעה      חתימת המטופל

על הצורך בביצוע תיקון צניחת עפעף/עפעפיים.



כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון: שימוש במשקפים עם תומכן לעפעף, הימנעות מניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי זיהום לרבות: דימום מקומי, פגיעה בעין או בראיה, החמרה של יובש קיים בעיניים או הופעה של יובש חדש בעיניים, תיקון ביתר (רטרקציה של עפעף) או תיקון בחסר (צניחה שארית של עפעף), הופעה או החמרה של צניחה בעפעף השני (בניתוח חד צדדי), חוסר יכולת לסגירה מלאה של העיניים (לגופתלמוס), אסימטריה בין שני העפעפיים, הפרעות



שם המוסד הרפואי / לוגו

**מדבקת המטופל**

בצורת העפעף (deformity contour), עפעף תלוי במבט כלפי מטה (lid lag), ניצור (פיסטולה) בעובי מלא של עפעף/צלקת, מעובה אדומה בולטת או רגישה, בצקת ממושכת עפעפיים במקרים נדירים נזק לעפעף אשר יחייב שחזור מאוחר של העפעף או ניתוחים נוספים. כן יתכן שינוי בגוון העור סביב העיניים. יתכן אודם בעיניים ארוזיה בקרנית עד להיווצרות אבצס בקרנית וצלקת תמידית. בנוסף יתכן ויהיה צורך בשינוי ברפרקציה (מספר) לרבות הצורך בהתאמת משקפיים חדשות.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך תיקון צניחת עפעף/עפעפיים יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: מעבר מטכניקה אחת לשניה (מאלה המפורטות מעלה) בשל חוסר תגובה או דימום, עצירת הפעולה בשל דימום שאינו נעצר, שימוש בעדשות מגע להגנה על הקרנית.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה בעין או בראיה, החמרה של יובש קיים בעיניים או הופעה של יובש חדש בעיניים, תיקון ביתר (רטרקציה של עפעף) או תיקון בחסר (צניחה שארית של עפעף), הופעה או החמרה של צניחה בעפעף השני (בניתוח חד צדדי), חוסר יכולת לסגירה מלאה של העיניים (לגופתלמוס), אסימטריה בין שני העפעפיים, הפרעות בצורת העפעף (deformity contour), עפעף תלוי במבט כלפי מטה (lid lag), ניצור (פיסטולה) בעובי מלא של עפעף/צלקת נראית לעין- מעובה אדומה בולטת או רגישה, בצקת ממושכת עפעפיים במקרים נדירים נזק לעפעף אשר יחייב שחזור מאוחר של העפעף או ניתוחים נוספים. כן יתכן שינוי בגוון העור סביב העיניים. יתכן אודם בעיניים ארוזיה בקרנית עד להיווצרות אבצס בקרנית וצלקת תמידית. בנוסף יתכן ויהיה צורך בשינוי ברפרקציה (מספר) לרבות הצורך בהתאמת משקפיים חדשות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך תיקון צניחת עפעף/עפעפיים יתברר שיש צורך להרחיב את התיקון, 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 מרדמים.

אם הניתוח לתיקון צניחת עפעף/עפעפיים 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 סיוןף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שניתוח לתיקון צניחת עפעף/עפעפיים 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 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 הסבריי במלואם.	

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

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

