

המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 01/18

טופס הסכמה ל

ניתוח ניקוז לחולי גלאוקומה
GLAUCOMA DRAINAGE SURGERY

הניתוח לניקוז בחולי גלאוקומה מבוצע בכדי להוריד את הלחץ התוך עיני במטרה להפחית נזק עתידי לעצב הראיה ואבדן של שדה ראייה לאורך זמן. הורדת הלחץ מתאפשרת ע"י יצירת מערכת ניקוז חלופית העוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין.

לפעמים משתמשים בניתוח בנקז מחומר פלסטי או מתכתי שנשארו בעין אחרי הניתוח. לעיתים קרובות משתמשים בעת הניתוח בחומרים נוגדי הצטלקות כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז.

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

כללית / אזורית (רטרובולברית) / 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 להורדת הלחץ התוך עיני בעין ימין/שמאל להלן "הניתוח/הפעולה העיקרית".



כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל סוגי מסתמים שונים הרלוונטיים לחומרת המחלה שלי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות, אודם, נפיחות או ירידה בראייה, שיכולה להיות זמנית וחולפת, או לעיתים קבועה. בחלק מהמקרים יהיה צורך לבצע ניתוח/ים נוסף/ים הוסבר לי על האפשרות לכישלון הניתוח - השארות לחץ



שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל מדבקת

תוך עיני מוגבר, או ירידת לחץ לערך נמוך מדי, מצבים שלעיתים מחייבים ניתוח נוסף או צורך בשימוש בתרופות בכדי להוריד את הלחץ התוך עיני לאחר הניתוח. כמו כן, הוסבר לי שבשבועות שמיד אחרי לאחר הניתוח יהיה צורך במספר בדיקות, וכמו-כן שלעיתים נדרשת פעולה נוספת כמו פתיחת או הוספת תפר, או הזרקת חומר למילוי העין, זאת על-פי המהלך הרפואי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: סיבוכים במהלך הניתוח כמו דימום תוך עיני, פגיעה בעדשה התוך עינית הטבעית או המלאכותית, הפרדות רשתית ופגיעה בלתי הפיכה בראייה עד כדי אובדן ראייה. סיבוכים בתקופה שלאחר הניתוח כוללים: דלקת או זיהום תוך עיני. בנוסף צניחת עפעף, הוצרות ירוד (קטרקט) או ירידה בראייה, שיכולה להיות זמנית וחולפת, או לעיתים קבועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח ניקוז לחולי גלאוקומה 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 (רטרובולברית) / מקומית / ההסבר על ההרדמה יינתן לי גם על ידי מרדים במידת הצורך.

אם הניתוח ניקוז לחולי גלאוקומה יבוצע בהרדמה מקומית/ אזורית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית/ אזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית/אזורית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין, כפל ראייה וצניחת עפעף ובמקרים נדירים אובדן הראייה. בנוסף תיתכן 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 בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח ניקוז לחולי גלאוקומה 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) / למתרגם של החולה / למתרגם של החולה (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
חתימת אפוטרופוס

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

ג'ורג'ס הסכמה לניתוח ניקוז לחולי גלאוקומה 1-000015-15-000015

GLAUCOMA DRAINAGE SURGERY

