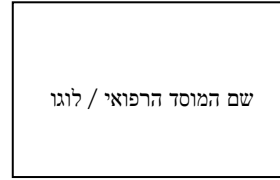




מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 01/18

טופס הסכמה ל

CORNEAL TRANSPLANTATION / ניתוח להשתלת קרנית

השתלת קרנית מתבצעת כאשר עכירות בקרנית או שינוי בצורתה או נקב בה אינם מאפשרים ראייה מספקת ו/או מסכנים את שלמות גלגל העין כולל בצקת של הקרנית אשר גורמת לירידה משמעותית בראייה.

מטרת ההשתלה היא להגיע לראייה טובה יותר ו/או לשמור על שלמות העין. יודגש שלשם השגת הראייה האפשרית לעין, יש כמעט תמיד צורך במשקפיים או עדשות מגע ויכולה להיות מושפעת מהניתוח ו/או התפרים בקרנית שמושמים במהלך הניתוח. שיקום הראייה נמשך שנה או יותר בהשתלת קרנית בעובי מלא, והודשים ארוכים בהשתלת קרנית בעובי חלקי. הניתוח מוצע כאשר אין חלופה טיפולית אחרת. בחירה שלא לבצע השתלה תביא להמשך המצב הנוכחי, ולעיתים גם להידרדרות נוספת במצב העין והראייה ולתוספת כאבים. שיעור ההצלחה בהשתלת קרנית נע בין 50% ל- 90% ותלוי בסוג ההשתלה, בסיבה להשתלה, בהשתלות קודמות ובמצבה של העין המקבלת. כדי להקטין את הסיכון של העברת זיהום בהשתלה, קרנית מוצעת להשתלה רק אחרי סינון ובדיקות מעבדה לצהבת זיהומית נגיפית, בנגיף הכשל החיסוני הנרכש ומחלת העגבת. הבדיקות הנעשות הן: HBS Ag, Anti HBC Ab, Anti HCV Ab, HCV NAT, Anti HTLV, I&I Ab, Anti HIV 1&2 Ab, P24 Ag, VDRL, TPHA Ab או בדיקות חלופיות לפי המוסד הרפואי והשינויים בנהלים ובשיטות המעבדה לאורך הזמן.

בניתוח מבוצעת השתלה של קרנית בעובי מלא או בעובי חלקי, עפ"י הצורך. הקרנית נלקחת ממאגר הקרניות של בית החולים ועשויה להגיע ממוסדות רפואיים אחרים בארץ ובעולם. הקרנית המושלת היא רקמה אנושית אשר נתרמה ללא תמורה ע"י הנפטר בהעדר התנגדות משפחתו (או בהתאם לחוקי מקום התרומה).

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

כללית / אזורית (טרובולברית) / 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



התימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח להשתלת קרנית בעין ימין/שמאל.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל השתלה בעובי מלא או חלקי.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח להשתלת קרנית יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

כגון: הסרת ירוד (קטרקט) או החלפת עדשה, ניקוח דימום בדמית (כורואיד).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח והוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: סיבוכים במהלך הניתוח כמו דימום תוך עיני, פגיעה בעדשה התוך עינית הטבעית או המלאכותית ופגיעה בלתי הפיכה בראיה עד כדי אובדן ראייה.

סיבוכים בתקופה שלאחר הניתוח כולל דלקת, זיהום, לחץ תוך עיני גבוה או נמוך, קושי בריפוי, הצמדה לא טובה של השתל או התנתקות של השתל וצורך בהחזרתו/ה בנייתוחים נוספים, הפרדות רשתית, בצקת במרכז הראיה ברשתית, צניחת עפעף, אי נוחות ויובש, זיהום בחתך הניתוח או בתפרים, הצטלקות, דחיית השתל, פגיעה בשלמות העין מחבלה קלה, עיוות צורת השתל, גלאוקומה, או שינוי במראה וצבע העין. שכיחות הסיבוכים הקשים כ-2%, הקלים שכיחים יותר, עד עשרות אחוזים. מחלות רקע ובעיות קודמות בעין מעלות את הסיכון לסיבוכים.

חזרה לפעילות יכולה להמשך שבועיים ויותר, לפי מצב המטופל והעין. ההחלמה מהניתוח והשגת תוצאת הניתוח נמשכות חודשים ושנים, לפי סוג הניתוח, מצב המטופל והעין. בימים הראשונים, לפי סוג הניתוח, יהיה צורך לעיתים בשכיבה פרקדן. במהלך ההחלמה ייתכנו מגבלות הקשורות במגע בעין ובהרטבתה. לעיתים יהיה צורך בהוצאת תפרים או החלפתם. חבלה בעין תשאיר סכנה משמעותית לתמיד כולל דחייה של שתל הקרנית. הימנעות מהטיפול המומלץ לאורך שנים ארוכות (לרוב בטיפות עיניים) יכולה להגביר מאד את הסיכון.

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

אם הניתוח להשתלת קרנית 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 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 יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח להשתלת קרנית 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 הסכריי במלואם.	

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

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

