

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לטיפול בהפרדות רשתית REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לטיפול בהפרדות רשתית מתבצע במטרה להצמיד את הרשתית למקומה. הניתוח מתבצע בשיטות שונות שכרוב המקרים משולבות עם הזרקת חומר מיוחד לעין. הפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה ונפגעת יכולתה לקלוט גרווי ראיה. הסיבות העיקריות להפרדות רשתית הן: חבלה, מחלות עיניים (קוצר ראיה, ניוון הרשתית) או מחלות כלליות כמו סכרת. טיפול מוקדם ככל האפשר חיוני כדי למנוע נזק בלתי הפיך. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
שם האב _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון הפרדות רשתית בעין ימין / שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי").
אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בהפרדות הרשתית מלבד ניתוח ו/או הזרקת גז לעין.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל כך שבחלק קטן מהמקרים יש צורך בניתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. הוסבר לי תופעות הלוואי לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות.
כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכויים האפשריים הכוללים: דימום ושינויים בתשבורת שיצרכו הרכבת משקפיים או שנוי במספר משקפיים קודם. סיכויים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, כפל ראיה, עליית הלחץ התוך עיני, זיהומים, ואף אבדן מוחלט של הראיה בעין המנותחת והצטמקות גלגל העין.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראיה.
אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
אני יודעת/ת מאשר/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____
שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.
שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____
*מחקר/י את המיותר

