

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהפרדות רשתית

VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים.

קיימים מקרים בהם הנזק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית. הפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מחבלה, מחלות עיניים או מחלות כמו סכרת ונפגעת יכולתה לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה מתבצע ניתוח במטרה להצמיד את הרשתית למקומה בשיטות שונות בשילוב עם ניתוח לכריתת הזגוגית והזרקת חומר מיוחד לעין כתחליף לזגוגית. הניתוח מתבצע בדרך כלל 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 לכריתת זגוגית בעין ימין / שמאל* עם / בלי* ניתוח לתיקון הפרדות רשתית (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב. הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות כי כאשר הניתוח מבוצע גם בשל הפרדות רשתית, יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, שינויים בתשבורת שיעריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת העפעף, כפילות ראייה, קרעים ברשתית, הפרדות רשתית, נזק לעדשה ואף אבדן מוחלט של הראייה בעין והצטמקות גלגל העין. אם הניתוח כולל גם תיקון הפרדות רשתית אפשריים סיכונים כמו פזילה, עליית הלחץ התוך עיני והתפתחות מואצת של ירוד (קטרקט). 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 הליכים 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 שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראייה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/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 את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
------------	---------------	------------

*מחק את המיותר

