



טופס הסכמה: ניתוח לתיקון ליקויי ראייה על ידי אקסימר לייזר

PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY BY EXCIMER LASER (PRK) / LASER ASSISTED KERATO MILEUSIS (LASIK)

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה במקרים של קוצר ראייה או רוחק ראייה, שלא באמצעות משקפיים או עדשות מגע. הניתוח לא נועד לתקן את הבעיה הבסיסית בעין ו/או מחלות עיניים אחרות. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית הניתנת באמצעות הזלפת טיפות לעין / עיניים. 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 ניתוח לתיקון ראייה באמצעות אקסימר לייזר בעין **ימין/שמאל*** (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שהחלופות הכירורגיות לשיפור ראייה הן אלו המפורטות במסמך זה והוסברו לי יתרונותיהן וחסרונותיהן בהתאמה למצב העיניים שלי:

- INTRALASIK – אינטראלאסיק – הסרת שכבות בעומק הקרנית בעזרת מכשיר לייזר לחיתוך הקרנית.
- LASEK – לאסק – הסרת שכבות על פני הקרנית.
- PTK – פי. טי. קי – הסרת שכבות על פני הקרנית בשל נגע בקרנית.
- INTRA CORNEAL RING – השתלת טבעות בקרנית, מסוג: INTACS / אינטקס / בשיטת FERARA פרה.
- ENHACEMENT – ניתוח משלים ומתקן לניתוחי תשבורת
- LASIK – לאסיק – הסרת שכבות בעומק הקרנית (לאחר הרמת מתלה) בעזרת מכשיר מכאני מסוג מיקרוקראטום.

הוסבר לי ששעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיופטרויות עם או בלי אסטיגמטיזם, אך עם זאת קיימת אפשרות שבכל מקרה לא תושג התוצאה הרצויה, או שחדות הראייה שתושג לאחר הניתוח תשתנה. במקרים אלה, שיפור הראייה עשוי להצריך טיפול נוסף. התנדודות והשינויים בחדות הראייה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנדודות עשויות להמשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח.

הוסבר לי שגם אם יושג שיפור בראייה יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים ובכל מקרה הניתוח לא בא לפתור את הצורך במשקפי קריאה. לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי לפרק זמן שיקבע על ידי הרופא. הוסבר לי כי טיפול ממושך בטיפות לאחר הניתוח עלול לגרום להתפתחות גלאוקומה או קטרקט ולכן עלי להקפיד על הוראות הטיפול שיינתנו לי. הוסבר לי שהניתוח הינו יחסית חדש ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, יובש בעין שעלול להמשך מספר חודשים ורגישות לאור המתבטאת גם בסנוור. תופעות אלה עלולות להמשך מספר חודשים ואף להגביל בנהיגה, בעיקר בלילה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: צניחת עפעף קלה שחולפת ברוב המקרים, זיהום שעלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורת הקרנית, ובמקרים נדירים ביותר ראייה לקויה מאד עד לאובדן מוחלט של הראייה. רפוי בלתי סדיר של הקרנית עלול להיגרם גם מסיבות אחרות הקשורות בניחות. כמו כן תתכן עכירות של הקרנית לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק. במקרים נדירים ביותר עלול להופיע במועד לא ידוע בעתיד רפוי בלתי סדיר, הצטלקות, או בלט של הקרנית אשר יפגעו בראייה, יצריכו השתלת קרנית ובמקרים נדירים ביותר יגרמו לאובדן ראייה בעין המנותחת.

תיקון סיבוכים נדירים אלו עלול להצריך, כאמור, התאמת עדשות מגע, השתלת טבעות בקרנית או השתלת קרנית. קיימים מצבים בהם תיקון יתר של קוצר ראייה עלול לגרום לרחק ראייה ולצורך בשימוש במשקפיים.

כמו כן קיימים מצבים של מגבלה בהרכבת עדשות מגע לאחר הניתוח. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית בעזרת טיפות אלא אם כן יוחלט אחרת על ידי הרופא המנתח.

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

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ** _____ שם הרופא / ה

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____
שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

טופס זה נחתם לאחר פגישה אישית עם הרופא המנתח אשר נתן לי הסברים כרשום מעלה.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס 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' רישיון _____