

טופס הסכמה לניתוח

יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם ולא סטנט

Dacryocystorhinostomy with or without silicone stenting



MDBKA

מערכת הדמע חיונית לתפקוד תקין של ניקוז הדמעות, שומרות על פני משטה קרנית החיצוני של הקרנית. הדמעות נאספות לשק הדמעות וממנו מופרשות לאח. לעיתים מסיבות שונות, נוצרת חסימה של דרכי הדמעות שאינה הפיכה ומחיבבת יצירת מעקף על מנת לשמור את ניקוז הדמעות התקין מהעין לאך ולמנוע זיהומים.

דרך ביצוע הניתוח היא עיי יצירת פתח המקשר את שק הדמעות באופן ישיר לחלל האף.

לפי בדיקת המנתח והחלתו הניתוח יכול להיות מבוצע בשיטה הפתוחה דרך חתך בעור, או בשיטה אנדוסקופית דרך האף. בשתי השיטות נוצר קשר בין חלל השק לחלל האף ובכך מתאפשר פינוי הדמעות התקין מהעין. במקרים מסוימים תושתל צינורית סיליקון שתוסור כעבור זמן מה בהתאם לשיקול המנתח. ישנו מקרים בהם יש צורך השתלת צינורית קבועה, אשר תיציר מעקף מלא למערכת הדמעות וזאת בהתאם למקום החסימה, המתגלה בזמן הניתוח בגל חסימה, שאינה ניתנת לשחזר מה שיציר השתלת צינורית קבועה המחברת בין שק החלמת לחלל האף בצורה ישירה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: ללא הרדמה אזורית כללית מקומית

שם המטופל: _____
ת.ז. _____
שם האב: _____
שם פרטי: _____
שם משפחה: _____
שם המשפחה: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתني הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____
שם פרט: _____
שם המשפחה: _____

חתימת המטופל: _____
תאריך: _____
שעה: _____

על הצורך ביצוע ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או ללא סטנט.
כמו כן, הוסבר לי כי אין חלופה טובה יותר, ליצירת מעקף לדרכי הדמעות שאינה כירורגית. ניתן להוثير את החסימה במצב זה, הדמעת תתמיד וקיים סכנה לזיהומים חורניים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואין, לרבות: כאב ואין נוחות, רגשות על פני העפעפים, דמעת שתתגבר לאחר הניתוח למשך הזמן בו הצינורית מושתלת וארך לאחר הוצאתה, אודם בעפעפים ובחלמית מלולה בהפרשה לעיתים, ותוחשת גוד בעפעפים תתקנן תחושת גוף זר בעין. באף תיתכן תחושת גוף זר. עלול להיות דימום ותיתכן הפרשה לאחר הניתוח או לאורך זמן.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: השתלת צינורית קבועה (פירקס), הרחבת פתח הדמעות-פונקטום, תיקון מחיצת האף.

זיהום, פגיעה בעין, דמעת קבועה, הצטלקויות בדרכי הדמעות, והצטלקויות באף. צורך בניתוחים חוזרים דמעת קבועה, חסימה קבועה הדורשת ניתוחים נוספים, תזוזת הצינורית, נפילת הצינורית או אבדן הצינורית. תיתכן גם יצירת גרגנוולומות באף. בתוך האף תיתכן פגיעה במבנים, כגון: בקונכיות, מחיצה, וסינוסים, וכן במקרים נדירים יצירת סדק בעצם, דרכו עשויה להיווצר דליפה של נזול מלח וזיהום של קרומי המוח. במקרים נדירים, הטיפול עלול לגרום לפגיעה בראייה עד כדי אובדן ראייה או עיוורון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי ואני מבין/ה, שקיים אפשרות, שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים, שלא ניתן לצפות מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרובות פעולות



שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/ הטיפול העיקרי.

הסביר לי שבמקרה והפעולה מתבצעת בהרՃמה: כללית אזורית חסימה עציבית
הסביר על ההՃמה יינן לי על ידי המדים.

אם הניתוח ליצירת מעקב לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יבוצע בהՃמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרՃמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ו/orידית של חומרו הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרՃמה מקומית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרו ההՃמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעלויות הלב, בעיקר אצל חוליו לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ מסכים/ה לכך, שהנitionה ליצירת מעקב לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט וכל ההליכים, ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנחים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי شيء, כולל או חלקם, בידי אדם מסוים ובבלבד, שייעשו לאחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נוון/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עלייכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שMOVEDר ל-medica (להלן: "הרופא") על ידי ו/או מתקבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי הרואה בקשר עם הטיפול ו/או הנitionה ו/או השירות שMOVEDר לי (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול ונitionה, תוצאות בדיקות דימות והՃמה. פרטיים אישיים ופרטיה התקשורות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי הרואה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את הרואה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות ואות חוק זכויות החולה, תשנ"ו- 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך שילוחם (לרובות הרופה המטופל והגורם ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י הרואה, ויימסר על ידי הרואה לצדים שלישיים (לרובות הרופה המטופל והגורם המבטע) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקקו ו/או חוויב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתיימתה מטה אני נוון בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יחוון או יחוון במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

תאריך _____

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קירה)

אני מאשר/ת כי הסבירתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירות הדירוש וכי הוא/ היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר שוכחנתי כי הבין/ה את הסבירי במלואם.

מספר רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם