

טופס הסכמה לניתוח הרמת העפוף באמצעות מטלת לשריר הפרונטלייס FRONTALIS SLING OPERATION



medica

MDBKA

מטרת הניתוח היא הרמת העפוף על ידי יצירת חיבור בין שריר הגבה לעפוף העליון, חיבור שייפיצה על פעילות שריר העפוף הפגום.

דרך ביצוע הניתוח היא העברת שטל תחת עורו בין שריר הפרונטלייס במצח לבין העפופיים לצורך יצירת קשר ביניהם - כך של ידי הרמת המצח מורמים העפופיים.

מקור השטל הינו אחד מה הבאים על פי שיקול המנחה: עצמוני כמו פציה לאטה או פציה טמפורלית - הנקרוצר מהמטופל מאטר ניתוח נפרד.

- * שטל הומני אחר מתורם כדוגמת פציה לאטה.
- * שטל חיצוני: סיליקון, חוט ניילון או משי, או חומר סינטטי (גורקטים או חומר סינטטי אחר).

השתל מוחדר לתת עור על ידי מהוברת אל השטל, היא מועברת מתחת לעור ליצירת החיבור מתחת לעור. לאחר חיבור השטל המטופל יפתח את העפוף על ידי הרמת המצח והגבה, ויסגור את העפוף על ידי שחזור הגבה והמצח.

לצורך יצירת המטלת התת עורית מוחדרת מחתם מכונת ובڪצה שלה מהוברת שתל המועבר מתחת לעור ולתת עור ליצירת מטלת הנקרוצר מתחת לעור. השטל מהווה קשר בין שריר הפרונטלייס בגבה לבין העפוף. על ידי פעולה הרמת הגבה, מועלה העפוף העליון.

הניתוח יבוצע עין ימין עין שמאל

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: ללא הרדמה כללית אזורית מקומית

שם המטופל: _____
שם משפחה _____
שם האב _____
שם פרט: _____
ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מפרופ' ד"ר: _____
שם המשפחה _____
שם פרט: _____

על הצורך ביצוע ניתוח להרמת העפוף באמצעות מטלת לשריר הפרונטלייס FRONTALIS SLING OPERATION. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי ובוון קיזור השטל שריר הלבטור היכל להתאים רק לחלק מן המקרים. במקרים בהם תפוקד השיר לא קיים כלל אין חלופה כירורגית ריאויה. עם זאת, ניתן להשאיר המצב על כנו ללא נזק כמעט התפתחות עין עצלה בילדים בהם מערכת הראייה לא התפתחה במלואה.

הסביר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מHALץ הניתוח להרמת העפוף באמצעות מטלת לשריר הפרונטלייס יתברר שיש צורך בצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: תפער בעפוף תחתון (פרוסט) לצורך הגנה על העין, מעבר לשיטה ניתוחית אחרת לתיקון הצניחה בשל תיקון יתר או חסר.

כמו כן, הוסבו לי היסכומים והסיבוכים האפשריים לרבות: מתאר לא אחיד של העפוף או מתאר השונה מהמתואר לפני הניתוח, אסימטריה במפתחה העפופיים, נפרחות באיזור הניתוח, צלקות עוריות וגרנולומות (ציסותות תת עוריות). יתכן זיהום של השטל, יציאתו דרך העור, קרע שלו או חחלשותו - המקרים ניתוח חזר. במקרים נדירים, הטיפול עלול לגרום לפגיעה בראייה עד כדי אובדן הראייה או עיוורון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הסביר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מHALץ ניתוח להרמת העפוף באמצעות מטלת לשריר הפרונטלייס יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנוקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלה חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולה של דודת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הסביר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית

הסביר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרידים.



אם הנitionה להרמת העפער באמצעות לשירר הפרונטלייס יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמיتي ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ו/orידית של חומרם הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרם ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעולות לידיים, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחוליות עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ מסכם/ה לכך שהnitוח להרמת העפער באמצעות לשירר הפרונטלייס כולל היליכים ייעשו על ידי מי שהדבר יכול עליו בהתאם לנוהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי شيء, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובבד שיעשו באחריות המקובלת ובכופף לחוק.

אני נותנת/ת בזאת הסכמיti לביצוע הטיפול העיקרי.

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמדובר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/or מתקבל אודוני מכך אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/or הנitionה ו/or השירות שמוצע לי (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול ונitionה, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 (להלן: "חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפא, ויימסר על ידי המרפא לצדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכופף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בנסיבות האמור לעיל, פירושו ו/or הפרטו ו/or תוקפו ו/or חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתיימתה מטה אני נותן בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניינו או ביצוע הליליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל הסכמה בפנוי לאחר שוכנעתי כי הבינה את הסבריו במלאם.

חתימת החולה

תאריך _____

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה /lapotropos של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/ היא חתמו/ה על הסכמה בפנוי לאחר שוכנעתי כי הבינה את הסבריו במלאם.

מספר רישון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם