

טופס הסכמה להזרקה תוך עינית

INTRA - VITREAL INJECTION

מדבקה

מחלות הרשתית והדמית הגורמות לירידה בחדות ראייה, איכות הראייה, ושדה הראייה על רקע צמיחת כלי דם פתולוגיים בעין ודלף מכלי דם בדמית וברשתית מטופלות, בשנים האחרונות, על ידי הזרקה תוך עינית של חומרים נוגדי החלבון **VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)**.

המצבים העיקריים, בהם מתבצעות הזרקות לתוך העין, הם: צמיחת כלי דם מהדמית על רקע ניוון מקולרי או מחלות אחרות, רטינופטיה על רקע סוכרת, חסימות כלי דם ברשתית ובצקות של הרשתית, בנוסף, יש אפשרות להזריק סטרואידים לזגוגית העין כטיפול לבצקות של הרשתית ודלקת הענביה.

הטיפול ניתן בהרדמה מקומית, בתכיפות המותאמת למחלתו של החולה ולתגובתו לטיפול. הוסבר לי, שקצב הטיפול ומישכו תלויים במידת התגובה לטיפול. ברוב המקרים יש צורך בהזרקות חוזרות, לעיתים פעם בחודש, למשך זמן לא מוגבל.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח בהזרקה לזגוגית של עין שמאל (ציין שם התרופה/ות): אבסטין לוסנטיס אייליה אוורדקס אחר: _____

על ניתוח בהזרקה לזגוגית של עין ימין (ציין שם התרופה/ות): אבסטין לוסנטיס אייליה אוורדקס אחר: _____

בשל: ניוון מקולרי (AMD) רטוב בצקת מקולרית דלקת הענביה אחר (פרט): _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת ומאשר/ת, שהוסבר לי על חלופות טיפוליות האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות: תכשירים אחרים, טיפול פוטודינמי וטיפול לייזר. הוסברו לי הסיכויים לשיפור, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי שהזרקות אבסטין לעין, במידה ותבוצע, ניתנת מחוץ להתווית היצרן (OFF LABEL), ולא ידועות השפעותיו לטווח רחוק.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שהוסבר לי על תופעות הלוואי, האפשרויות של הזרקות התרופה לחלל הזגוגית, לרבות: כאבים בעין, דימום תת לחמי, נקודות שחרות בשדה הראייה, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית, דלקת הענביה, הפרעות בראייה, רגישות לתרופה המוזרקת ו/או לחומר החיטוי ו/או לאנטיביוטיקה הניתנת במסגרת הטיפול. במרבית המקרים תופעות לוואי אלו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול, אך לעיתים לוקח זמן רב עד להחלמה מלאה.

אני נותן/ת בזאת, את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי, לרבות סדרת ההזרקות המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת העין 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 במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואיננוחות.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך, שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/נת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) 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, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם