

## טופס הסכמה לטיפול לייזר SCATTER

### מדבקה

אני נותן בזה את הסכמתי לבצע טיפול לייזר SCATTER  בעין ימין  
 בעין שמאל.  
 מטרת הטיפול הוא להוריד את הסיכון לאובן ראייה חמור, על ידי מניעת  
 התפתחות או נסיגה או התכווצות של כלי דם לא תקינים המצויים ברשתית.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל/ת:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/ד"ר:

שם פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע טיפול לייזר SCATTER (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מאשר/ת שאני מבין/ה ש:

1. סוג של טיפול מבוצע, כאשר יש סיכוי גבוה לדימום בתוך העין כתוצאה מכלי דם חדשים לא תקינים שצמחו ברשתית, או כאשר יש סיכוי גבוה להתפתחות אותם כלי דם חדשים ובלתי תקינים. מטרת הטיפול להקטין את הסיכון להתפתחות דימום או הפרדות רשתית שיוכלים לגרום לאובדן ראייה חמור.
2. טיפול זה אינו משפר את הראייה וזו אינו מטרתו, לעיתים הראייה יכולה אפילו להידרדר מעט בעקבות הטיפול כגון: ראיית לילה, יכולת הקריאה וצמצום של שדה הראייה.
3. אין כל דרך חלופית בטוחה אחרת, אם הטיפול בלייזר אינו מבוצע אני מבין/ה שיש סיכוי גבוה לאובדן ראייה חמור וקבוע מדימום או היווצרות של רקמת צלקת בתוך העין.
4. הטיפול בלייזר יבוצע בפעם אחת או מספר פעמים, תלוי בחומרת המצב.
5. לעיתים יש צורך בזריקת הרדמה מקומית מתחת לעפעף, ליד העין, אשר תקטין את תחושת אי הנוחות בזמן הטיפול. לעיתים נדירות מאוד יכול להיגרם נזק קבוע לראייה מזריקת הרדמה עצמה.
6. לאחר הטיפול יש צורך בהמשך מעקב כדי להעריך את התגובה לטיפול ואת מצב הרשתית, ולעיתים יש צורך בתוספת טיפול, אני מבין/ה שזוהי אחריות הנבדק/ת להקפיד על מעקב סדיר לאחר טיפול הלייזר.

אני מבין/ה את מטרת הטיפול, הסיבוכים הכרוכים בטיפול שהוסברו לי ע"י דר'/פרופ': \_\_\_\_\_  
 וכל השאלות שהיו לי נענו לשביעות רצוני.

אני מאשר/ת שקראתי או שהקריאו בפני את המידע הכתוב לעיל ואני מסכים/ה לטיפול תוך כדאי הבנתי את הסיבוכים האפשריים הכרוכים בו.

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 ויישמר 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 המטופל/ת: \_\_\_\_\_

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת/לאפוטרופוס של המטופלת 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