

טופס הסכמה לניתוח לטיפול בהפרדות רשתית

REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

מדבקה

ניתוח לטיפול בהפרדות רשתית מתבצע במטרה להצמיד את הרשתית למקומה. הניתוח מתבצע בשיטות שונות שברוב המקרים משולבות ע"י הזרקת חומר מיוחד לעין. הפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה ונפגעת יכולתה לקלוט גירויי ראייה. הסיבות העיקריות להפרדות רשתית הן: חבלה, מחלות עיניים (קוצר ראייה, ניוון הרשתית) או מחלות כלליות כמו סכרת, טיפול מוקדם ככל האפשר חיוני כדי למנוע נזק בלתי הפיך. הניתוח מתבצע בהרדמה: כללית מקומית

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

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

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

שם פרטי

שם המשפחה

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

חתימת המטופל

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

שעה

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

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון הפרדות רשתית עין ימין עין שמאל (להלן: "הניתוח העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי שאין דרכים חלופיות לטיפול בהפרדות הרשתית מלבד ניתוח ו/או הזרקת גז לעין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל כך שבחלק מהמקרים יש צורך בניתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים הכוללים: דימום ושינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם. סיבוכים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, כפל ראייה, עליית הלחץ התוך עיני, זיהומים, ואף אובדן מוחלט של הראיה בעין המנותחת והצטמקות גלגל העין.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח טיפול בהפרדות רשתית, במידה ויתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית. ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח טיפול בהפרדות רשתית וכל ההליכים ייעשו על ידי 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.

בחתומתי 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: _____

שם האפוטרופוס (קירבה): _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש): _____

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: _____

שם המתרגם: _____ קשריו למטופל: _____