

טופס הסכמה לטיפול בלייזר YAG לפתיחת ירוד משני בלייזר

מדבקה

שימוש בלייזר YAG, מיועד לטפל בטשטוש הראייה, הנוצר לאחר ניתוח קטרקט, כתוצאה מעכירות הקופסית האחורית, המחזיקה את העדשה המלאכותית (להלן: "ירוד משני"), באמצעות לייזר נוצר פתח קטן בקופסית האחורית המאפשר לאור לחזור דרכו ועל ידי כך לשפר את חדות הראייה.

ניתן לי הסבר, על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות, בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי, ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל תופעות הלוואי של הטיפול, לרבות: בשעות הראשונות לאחר הטיפול, ייתכן טשטוש ראייה קל אולם צפוי שיפור בראייה למחרת הטיפול. הוסבר לי כי בשבועות שלאחר הטיפול, יתכן שאראה נקודות שחורות מרחפות. נקודות אלה נעלמות בדרך כלל. בנוסף, הוסבר לי, כי לאחר הטיפול תורגש עליית לחץ תוך עיני חולפת, אשר בדרך כלל, נמנעת באמצעות טיפות עיניים, שאקבל בסוף הטיפול.

הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הטיפול, לרבות: סיכון של כ- 0.4% להפרדות רשתית. אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע טיפול לייזר YAG.

אני מסכים/ה, שהטיפולים ב-medica, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica, ואני מצהיר/ה בזאת כי לא הובטח לי, שייעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד, שייעשו באחריות המקובלת ב-medica בכפוף לחוק. אני הח"מ מודע/ת לכך, שיייתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר יבצע את הטיפול/ניתוח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים, במקרה זה, אני נותן/ת את הסכמתי לכך, שרופא אחר מטעמו יבצע את הליך השחרור שלי

שם המטופל: _____

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

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

שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך לבצע טיפול לייזר YAG לפתיחת קופסית אחורית עקב ירוד משני בעין ימין בעין שמאל

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 מנתקב 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.

_____ חתימת החולה | | | | | שעה | | | | | תאריך

_____ 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