

## טופס הסכמה לטיפול בלייזר SLT במחלת הגלאוקומה

### מדבקה

הטיפול נועד להוריד את הלחץ התוך עיני הגבוה על רקע מחלת הגלאוקומה, והוא לא נועד לשפר את חדות הראייה או לתקן נזק שנגרם כבר על ידי הגלאוקומה לעצב הראייה או לשדה הראייה. מטרת הטיפול ב-SLT הינה לשמר את המצב הקיים על ידי הורדת הלחץ התוך עיני לערך תקין, בטיפול מכוונת קרני לייזר לאזור זווית העין, על מנת לשפר את ניקוז נוזלי העין ולהביא לירידה בלחץ התוך עיני. הטיפול מעשה בהרדמה על ידי טיפות בלבד והוא אורך מספר דקות.

הוסברו לי הטיפולים החלופיים, לרבות: טיפות נגד לחץ, טיפול בלייזר ALT, ניתוח.

כמו כן, הוסברו לי סיכויי ההצלחה של הטיפול לרבות האפשרות שהלחץ התוך עיני לא ירד בעקבות הטיפול.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול, לרבות: עין אדומה (יום עד יומיים לאחר הטיפול), דלקת תגובתית בלשכה הקדמית (יום עד יומיים לאחר הטיפול), לעיתים רחוקות עליה בלחץ התוך עיני ל-24 שעות וכן דימום קל בלשכה הקדמית.

הוסבר לי שיתכן וגם לאחר הטיפול אצטרך להמשיך בטיפול התרופתי הנוכחי להורדת הלחץ התוך עיני. כמו כן, לאחר הטיפול יש צורך בהמשך מעקב כדי להעריך את התגובה לטיפול.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: תגובה דלקתית תוך עינית ועליה חדה בלחץ התוך עיני. שניהם נדירים ביותר.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח/הטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית חולים בכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח/הטיפול העיקרי

שם המטופל: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

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

שם המשפחה	שם פרטי	תאריך	שעה	חתימת המטופל
-----------	---------	-------	-----	--------------

על הצורך לבצע טיפול בלייזר SLT  בעין ימין פרט: \_\_\_\_\_

בעין שמאל פרט: \_\_\_\_\_

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך של הניתוח. 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.

\_\_\_\_\_ 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