

טופס הסכמה לניתוח

יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם וללא סטנט

Dacryocystorhinostomy with or without silicone stenting

מדבקה

מערכת הדמעה חיונית לתפקוד תקין של ניקוז הדמעות, ששומרות על פני משטח קרנית החיצוני של הקרנית. הדמעות נאספות לשק הדמעות וממנו מופרשות לאף. לעיתים מסיבות שונות, נוצרת חסימה של דרכי הדמעות שאינה הפיכה ומחייבת יצירת מעקף על מנת לשמר את ניקוז הדמעות התקין מהעין לאף ולמנוע זיהומים.

דרך ביצוע הניתוח היא ע"י יצירת פתח המקשר את שק הדמעות באופן ישיר לחלל האף.

לפי בדיקת המנתח והחלטתו הניתוח יכול להיות מבוצע בשיטה הפתוחה דרך חתך בעור, או בשיטה אנדוסקופית דרך האף. בשתי השיטות נוצר קשר בין חלל השק לחלל האף ובכך מתאפשר פינוי הדמעות התקין מהעין. במקרים מסוימים תושלל צינורית סיליקון שתוסר כעבור זמן מה בהתאם לשיקול המנתח. ישנם מקרים בהם יש צורך השתלת צינורית קבועה, אשר תייצר מעקף מלא למערכת הדמעות וזאת בהתאם למקום החסימה, המתגלה בזמן הניתוח בגלל חסימה, שאינה ניתנת לשחזור מה שיצריך השתלת צינורית קבועה המחברת בין שק הלחמית לחלל האף בצורה ישירה.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: ללא הרדמה כללית אזורית מקומית

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 בביצוע ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או ללא סטנט.

כמו כן, הוסבר לי כי אין חלופה טובה יותר, ליצירת מעקף לדרכי דמעות שאינה כירורגית. ניתן להותיר את החסימה במצב זה, הדמעת תתמיד וקיימת סכנה לזיהומים חוזרים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי, לרבות: כאב ואי נוחות, רגישות על פני העפעפיים, דמעת שתתגבר לאחר הניתוח למשך הזמן בו הצינורית מושלת ואף לאחר הוצאתה, אודם בעפעפיים ובלחמית מלווה בהפרשה לעיתים, ותחושת גרד בעפעפיים תתכן תחושת גוף זר בעין. באף תיתכן תחושת גוף זר. עלול להיות דימום ותיתכן הפרשה לאחר הניתוח או לאורך זמן.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: השתלת צינורית קבועה (פירקס), הרחבת פתח הדמעות-פונקטום, תיקון מחיצת האף.

זיהום, פגיעה בעין, דמעת קבועה, הצטלקות בדרכי הדמעות, והצטלקויות באף. צורך בנייתוחים חוזרים דמעת קבועה, חסימה קבועה הדורשת ניתוחים נוספים, תזוזת הצינורית, נפילת הצינורית או אבדן הצינורית. תיתכן גם יצירת גרנולומות באף. בתוך האף תיתכן פגיעה במבנים, כגון: בקונכיות, מחיצה, וסינוסים, וכן במקרים נדירים יצירת סדק בעצם, דרכו עשויה להיווצר דליפה של נוזל מח זיהום של קרומי המח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות, שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה 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.

אם הניתוח ליצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכיים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך, שהניתוח ליצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט 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/ת 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.
בחתמתי 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