



medica

טופס הסכמה לניתוח תיקון פזילה

SURGERY FOR EXTRAOCULAR MUSCLES

מדבקה

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את המנח של העיניים, או הטיית הראש, או תנועות עיניים שאינן נורמטיביות, על ידי חיזוק או החלשת פעולת השרירים החוץ עיניים האחראים על תנועות העיניים. לאחר ההרדמה, מתבצע מבחן הבדוק את מקור הפגיעה בתנועות גלגל העין. תוצאות המבחן קובעות לעיתים את סוג הניתוח. הניתוח אינו משנה את חדות הראייה בכל עין באופן ישיר ובמבוגרים אינו משפר את הראייה, אלא את המראה של המטופל, ולעיתים את התיפקוד הדורעיני. הניתוח עשוי להיות שלב טיפולי בסדרת טיפולים אפשריים, הכוללים בין היתר: הרכבת משקפיים ו/או סגירת אחת העיניים כטיפול בעין עצלה. טיפולים אלה מבוצעים לפני ולפעמים גם אחרי הניתוח. בכל ניתוח מנתחים שריר אחד או יותר, בכל עין או בשתיהן, בהתאם למצב. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או מקומית.

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

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 משפחה

על הצורך בניתוח לתיקון פזילה □ בעין ימין □ בעין שמאל □ שתי העיניים □, בשריר אחד □ שני שרירים (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח, הכוללות, הפחתת הפזילה, לרבות שיפור הדרגתי נוסף או הרעה, דהיינו, חזרה למצב הפזילה הקודם, או הופעת פזילה מסוג אחר. במקרים אלה קיימת אפשרות לניתוח נוסף. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות וכפל ראייה חולף. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים במהלך הניתוח לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בשריר, כפל ראייה ובמקרים נדירים ביותר ירידה או אובדן הראייה ופגיעה בצורת העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראייה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

0: 9110

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. 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 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: _____