

טופס הסכמה לאירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג YAG LASER PERIPHERAL IRIDOTOMY (LPI)

מדבקה

מטרת הפעולה, ברוב המקרים, הינה השוואת לחצים בין חלקה הקדמי של העין (הלשכה הקדמית) וחלקה האחורי (הלשכה האחורית). בהתוויה זאת הפעולה מבוצעת על מנת להפחית לחץ במקרי גלאוקומה בזווית סגורה ויכולה להקטין את הסיכון להתקפי גלאוקומה בזווית סגורה במטופלים המועדים לכך. לעיתים, מבוצעת הפעולה בהתוויות פחות שכיחות כגון במקרי גלאוקומה כתוצאת פיזור פיגמנט בעין או כדי להסיר רקמת קשתית בהתוויות שונות כגון במומים מולדים.

הפעולה מתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי. ברוב המקרים הרופא המבצע משתמש בעדשה טיפולית המוצמדת אל קרנית המטופל. המכשיר שולח קרני לייזר ממוקדות אל קשתית העין ויוצר בה נקב זעיר. הפעולה נמשכת בין מספר שניות למספר דקות.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **הרדמה מקומית** על ידי טיפות.

שם המטופל: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע אירידוטומיה פריפרית ע"י לייזר יאג (YAG LPI)

בעין ימין בעין שמאל בשתי העיניים (להלן, "הפעולה העיקרית") מפרופי/ד"ר: _____

שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות טיפול תרופתי בטיפות (לעיתים ביעילות מוגבלת) או ביצוע ניתוח קטרקט (בהתוויות המתאימות).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיבוכים האפשריים לאחר הפעולה, לרבות: עין אדומה, דלקת תגובתית בלשכה הקדמית, עלייה בלחץ התוך עיני, דימום בלשכה הקדמית, התפתחות קטרקט או החמרת קטרקט קיים. הוסבר לי גם כי עלולים להיגרם סיבוכים נדירים, כגון: פגיעה בקרנית והופעת כפל ראייה. הוסבר לי כי לעיתים לא מושגת הצלחה ביצירת הנקב בקשתית ולעיתים יש לחזור על הפעולה. הוסבר לי כי לעיתים גם הצלחה ביצירת הנקב לא מועילה בהפחתת הלחץ או במניעת התקפי גלאוקומה בזווית סגורה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך כי ביצוע הפעולה אירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג (YAG LPI) וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי 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 המסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

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 ויישמר 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 _____