

טופס הסכמה לניתוח להסרת פטריגיום

PTERYGIUM REMOVAL

מדבקה

פטריגיום הינו צמיחת הלחמית על פני הקרנית, כאשר בעין רגילה נעצרת רקמת הלחמית בגבול בין הלובר לקרנית. במהלך הניתוח מסירים את רקמת הפטריגיום מעל פני הקרנית ומטפלים באופן כירורגי ו/או תרופתי במקום ממנו צמח הפטריגיום על פני הלובר, במקרים מסויימים, לפי שיקול הרופא, מטפלים בחומר אנטי מטבוליטי מקומיות למניעת צמיחה חוזרת של הפטריגיום, ברוב המקרים על מנת להקטין את הסיכוי להישנות של הפטריגיום, מבצעים השתלת לחמית אשר נלקחת מאזור אחר של העין.

על עיתוי הניתוח ושיטת הניתוח מחליטים בהתחשב בגודל הפטריגיום, גיל המטופל, מצב הלחמית ומנח העפעף, הפטריגיום נוטה לחזור בעיקר בגילאים הצעירים ושיעור חזרתו יורד עם התקדמות הגיל יחד עם שימוש בשתל לחמית. את שתל הלחמית ניתן לקבע לאזור הכריתה בשני אופנים עיקריים: האחד על ידי תפרים והשני על ידי שימוש בדבק ביולוגי. (בספרות מדווח שיעור חזרות עד 50% ללא שימוש בשתל לחמית ויורד עד ל-15% ואף פחות בטכניקה זו). 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 מפרופי/ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח פטריגיום PTERYGIUM REMOVAL בעין: ימין שמאל (להלן: "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבר לי כי אין חלופות טיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות ודימומים מקומיים בלחמית ובעפעפיים שחולפים בדרך כלל תוך פרק זמן קצר, האפשרות של חזרת הפטריגיום וכי יתכן כי יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוח/ים נוסף/ים.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח להסרת פטריגיום יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או מניעת נזק גופני כולל לעין, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן 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 medica יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, שינויים בתשבורת, כפילות בראייה, התפתחות הדבקויות בין העפעף וגלגל העין (סימבלפרון) שעלולים לגרום להגבלה בתנועת העין וכפילות בראייה או משיכה של העפעף ודמעת. אפשרות של תזוזה של מתלה הלחמית מעל איזור הכריתה ו/או התנתקות מלאה, הופעה של רקמת גרעון (גרנולומה) באזור הכריתה או אזור הכנת מתלה הלחמית. ברוב המקרים יש צורך בטיפול ממושך בטיפות אנטיביוטיקה וטיפות אנטידלקטיות (סטרואידים) אשר יכולות לגרום לעליית לחץ תוך עיני ו/או גרימה לקטרקט (ירוד) בשימוש ממושך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח להסרת פטריגיום, 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 גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

אם הניתוח להסרת פטרגיום יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה
תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות
שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים 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 להסרת פטרגיום 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/נת 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