

טופס הסכמה לניתוח השתלת קרנית

CORNEAL TRANSPLANTATION

מדבקה

השתלת קרנית מתבצעת, כאשר עכירות בקרנית או שינוי בצורתה או נקב בה אינם מאפשרים ראייה מספקת ו/או מסכנים את שלמות גלגל העין כולל בצקת של הקרנית אשר גורמת לירידה משמעותית בראייה.

מטרת ההשתלה היא להגיע לראייה טובה יותר ו/או לשמור על שלמות העין. יודגש שלשם השגת הראייה האפשרית לעין, יש כמעט תמיד צורך במשקפיים או עדשות מגע ויכולה להיות מושפעת מהניתוח ו/או התפרים בקרנית שמושמים במהלך הניתוח. שיקום הראייה נמשך שנה או יותר בהשתלת קרנית בעובי מלא, וחודשים ארוכים בהשתלת קרנית בעובי חלקי. הניתוח מוצע כאשר אין חלופה טיפולית אחרת. בחירה שלא לבצע השתלה תביא להמשך המצב הנוכחי, ולעיתים גם להידרדרות נוספת במצב העין והראייה ולתוספת כאבים. שיעור ההצלחה בהשתלת קרנית נע בין 50% ל-90% ותלוי בסוג ההשתלה, בסיבה להשתלה, בהשתלות קודמות ובמצבה של העין המקבלת. כדי להקטין את הסיכון של העברת זיהום בהשתלה, קרנית מוצעת להשתלה רק אחרי סינון ובדיקות מעבדה לצהבת זיהומית נגיפית, בנגיף הכשל החיסוני הנרכש ומחלת העגבת. הבדיקות הנעשות הן: Anti HCV ab, HCV NAT, Anti HTLV I&II Ab, Anti HIV 1&2 Ab P24 Ag, VDRL, TPFA Ab hbs Ag, Anti HBC Ab או בדיקות חלופיות לפי המוסד הרפואי והשינויים בנהלים ובשיטות המעבדה לאורך הזמן.

בניית מבוצעת השתלה של קרנית בעובי מלא או בעובי חלקי, עפ"י הצורך. הקרנית נלקחת ממאגר הקרניות של בית החולים ועשויה להגיע ממוסדות רפואיים אחרים בארץ ובעולם. הקרנית המושלת היא רקמה אנושית אשר נתרמה ללא תמורה ע"י הנפטר בהעדר התנגדות משפחתו (או בהתאם לחוקי מקום התרומה).

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 _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך בביצוע ניתוח להשתלת קרנית (CORNEAL TRANSPLANTATION) עין ימין עין שמאל (להלן "הניתוח העיקרי") כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כולל השתלה בעובי מלא או חלקי.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך ניתוח להשתלת קרנית יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: הסרת ירוד (קטרקט) או החלפת עדשה, ניקוז דימום בדמית (כורואיד).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי, לאחר הניתוח והוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: סיבוכים במהלך הניתוח כמו דימום תוך עיני, פגיעה בעדשה התוך עינית הטבעית או המלאכותית ופגיעה בלתי הפיכה בראייה עד כדי אובדן הראייה או עיוורון.

סיבוכים בתקופה שלאחר הניתוח כוללים: דלקת, זיהום, לחץ תוך עיני גבוה או נמוך, קושי בריפוי, הצמדה לא טובה של השתל או התנתקות של השתל וצורך בהחזרתו בניתוחים נוספים, הפרדות רשתית, בצקת במרכז הראייה ברשתית, צניחת עפעף, אי נוחות ויובש, זיהום בחדר הניתוח או בתפרים, הצטלקות, דחייית השתל, פגיעה בשלמות העין מחבלה קלה, עיוות צורת השתל, גלאוקומה, או שינוי במראה וצבע העין. שכיחות הסיבוכים הקשים כ-2%, הקלים שכיחים יותר, עד עשרות אחוזים. מחלות רקע ובעיות קודמות בעין מעלות את הסיכון לסיבוכים.

חזרה לפעילות יכולה להמשך שבועיים ויותר, לפי מצב המטופל והעין. ההחלמה מהניתוח והשגת תוצאת הניתוח נמשכות חודשים ושנים, לפי סוג הניתוח, מצב המטופל והעין. בימים הראשונים, לפי סוג הניתוח, יהיה צורך לעיתים בשכיבה פרקדן.

במהלך ההחלמה, ייתכנו מגבלות הקשורות במגע בעין ובהרטבתה. לעיתים יהיה צורך בהוצאת תפרים או החלפתם. חבלה בעין תשאיר סכנה משמעותית לתמיד כולל דחייה של שתל הקרנית. הימנעות מהטיפול המומלץ לאורך שנים ארוכות (לרוב בטיפות עיניים) יכולה להגביר מאוד את הסיכון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך ניתוח להשתלת קרנית 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 החולים 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 להשתלת קרנית יבוצע בהרדמה מקומית/אזורית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית/אזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית/אזורית 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח להשתלת קרנית 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 אודותי 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 המטופל: _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____
חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוסטרופוס 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 _____