

טופס הסכמה לניתוח הסרת ירוד

CATARACT EXTRACTION

מדבקה

ירוד (קטרקט) הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית שקופה וע"י כך לשפר את הראייה. מטרה זו מושגת במרבית המקרים, אך גם תלויה באיכות ותקינות שאר המרכיבים של מערכת הראייה. סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. יתכנו מצבים בהם לא ניתן יהיה להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע הוצאת העדשה של המטופל בלבד.

ישנם מקרים בהם העדר תנאים מתאימים להשתלת עדשה, יתגלה רק בעת הניתוח, יש להדגיש שלאחר כל ניתוח קטרקט, ייתכן צורך במשקפיים לראייה מיטבית הן לרחוק והן לקרוב, בניתוח קטרקט המתבצע לאחר שהמטופל עבר ניתוחי תשבורת להסרת משקפיים. חישוב העדשה המושתלת מורכב יותר ולעיתים קרובות יותר יהיה צורך במשקפיים לראייה מיטבית הן לרחוק והן לקרוב. בניתוח קטרקט המתבצע לאחר שהמטופל עבר ניתוחי תשבורת להסרת משקפיים, חישוב העדשה המושתלת מורכב יותר ולעיתים קרובות יותר יהיה צורך להשתמש במשקפיים לראייה מיטבית.

קיימות עדשות תוך עיניות מסוגים שונים, שחלקן ניתן להשתלה רק במסגרות פרטיות. הסוגים השונים של העדשות נועדו לתקן הפרעות תשבורת שונות שאינן קשורות בירוד, סוגי העדשות הקיימות:

- עדשה חד מוקדית (מונו פוקאלית) - עדשה המעניקה חדות ראייה טובה במרחק אחד בלבד (רחוק, ביניים או קרוב), לשם ראייה טובה בשאר הטווחים יהיה צורך במשקפיים. ניתן לתקן ראייה של כל עין למרחק שונה (רחוק/קרוב) על מנת לצמצם את התלות במשקפיים (מונוויזן).
- עדשה בעלת מספר מוקדים (מולטי פוקאלית) - עדשה שמטרתה להקטין את התלות במשקפיים הן לרחוק והן לקרוב.
- עדשה אקומודיטיבית - עדשה המשנה את מוקד הראייה בהתאם לצרכי הראייה (רחוק/קרוב) עדשה שמטרתה להקטין את התלות במשקפיים הן לרחוק והן לקרוב.
- עדשה טורית - עדשה בעלת יכולת להקטין או לתקן את האסטיגמציה (צילנדר) של הקרנית (מצב בו הקרנית לא בצורה של כדור אלא בצורת ביצה) ולהקטין את התלות במשקפיים, עדשה זו קיימת כעדשה חד מוקדית, רב מוקדית או אקומודיטיבית.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ': _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח ירוד CATARACT EXTRACTION בעין ימין בעין שמאל עם בלי השתלת עדשה תוך עינית סמן את סוג העדשה: מונופוקלית מולטיפוקלית אקומודיטיבית טורית (להלן: "הניתוח עיקרי").

הוסבר לי כי אחוזי ההצלחה של ניתוח ירוד, גבוהים. כמו כן, כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד. הוסבר לי כי מטרת הניתוח הינה שיפור הראייה בלבד וכי הניתוח אינו מטפל בבעיות עיניים אחרות. הוסבר לי היתרונות והחסרונות של כל עדשה, וסוג העדשה המתאימה למצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח, לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזוגיות, צניחת העדשה לזוגיות (עלול להיות צורך בניתוח נוסף להוצאת העדשה מהזוגיות), תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח דלקת טוקסית של המקטע הקדמי (TASS), יובש, עלייה זמנית או קבועה של הלחץ תוך עיני, בצקת קרנית זמנית או כרונית, שתצריך לעיתים ניתוח השתלת קרנית והופעת עכירות מאחורי העדשה המושתלת (ירוד משני), בחלק מהמקרים הירוד המשני מצריך טיפול נוסף בלייזר. סיבוכים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית, שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח, היפרדות רשתית ובצקת במרכז הראייה ברשתית (מקולה). במקרים נדירים ביותר עלול להיות מצב של אובדן הראייה בעין המנותחת או אובדן העין.

הוסבר לי כי לסוג העדשה המושלת יש השפעה על תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים, האופייניים לכל אחת מהעדשות. בהשתלה עדשה טורית, תיתכן סטייה במיקום העדשה בעין ובעוצמתה, דבר שיוביל לתיקון חלקי הצילינדר או יצורך ניתוח נוסף לשם תיקון מיקום העדשה או החלפתה. אני מודע/ת לכך, שאין הניתוח מבטיח חוסר תלות במשקפיים אלא הקטנת התלות בהם.

בהשתלת עדשה רב מוקדית (מולטיפיקלית) תיתכן ירידה בניגודיות (קונטרסט), תופעות של הילות וסנוורים, קשים בראייה באור עמום יתכן קושי בראייה במרחק ביניים. בחלק מן המקרים, יש צורך להחליף את העדשה, בעקבות התלונות הללו. ידוע לי, שהעדשה מקטינה את התלות במשקפיים, אך לא ניתן להבטיח אי תלות מוחלטת במשקפיים ויתכן שלתפקודים מסויימים עדיין אודקק למשקפיים.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה 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 בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח וכל ההליכים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל 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.

במקרה של חולה פרטי, המנתח האחראי יהיה: _____

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 _____

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

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