

טופס הסכמה לניתוח כריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית

VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

מדבקה

ניתוח לכריתת זגוגית, מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית, במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה, כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין, בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנזק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית הדורש טיפול נוסף. במחלות כמו היפרדות רשתית שהינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מקרע ברשתית, מחלות, חבלה, מחלות כמו סכרת חבלות עינית או מחלות המערבות את מרכז הראייה ברשתית נפגעת יכולת הרשתית לקלוט גירויי ראייה, במקרים אלה נדרש ניתוח לתיקון

המצב כולל הצמדת הרשתית חזרה במידת הצורך. בניתוח מתבצעת, כריתה של הזגוגית ולאחריה טיפול ברשתית עצמה כולל שימוש בלייזר במידת הצורך בסיום הניתוח מושאר בחלל הזגוגיתי חומר חלופי כולל נוזל, גז או סיליקון.

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 לכריתת זגוגית VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT בעין ימין בעין שמאל עם בלי ניתוח לתיקון היפרדות רשתית. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבר לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך לבצע פעולות נוספות כגון: הסרת הירוד וכי יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוח/ים נוסף/ים בין השאר בכדי להחזיר את הרשתית למקומה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי תופעות הלוואי, לרבות: כאב, אי-נוחות, אודם ונפיחות, כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום תוך עיני, דימום, עליה בלחץ תוך עיני, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת עפעף, כפל ראייה, קרעים ברשתית, היפרדות רשתית, נזק לעדשה, התפתחות מואצת של ירוד (קטרקט), אובדן מוחלט של הראייה בעין והצטמקות גלגל העין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות 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 בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

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

אם הניתוח לכריתת זוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית יבוצע בהרדמה מקומית/אזורית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח לכריתת זוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית 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 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 _____

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