

טופס הסכמה לניתוח

שחזור דרכי הדמעות עם/בלי סטנט

Reconstruction of the lacrimal system with or without stenting

מדבקה

מערכת הדמעות חיונית לתפקוד תקין של ניקוז הדמעות ששומרות על פני השטח החיצוני של הקרנית. הדמעות נאספות לשק הדמעות וממנו מופרשות לאף. מטרת הניתוח לשמר את מערכת ניקוז הדמעות, להרחיב אותה אם יש צורך ולוודא את תקינותה בעת הצורך על ידי צנרור ומשתל זמני.

דרך ביצוע הניתוח היא על ידי הרחבת הצינור, שפתחו נמצא על פני העפעף התחתון והעליון בקרבת האף, שטיפה לווידוי תקינות המערכת ובמקרים מסוימים השתלת צינורית סיליקון, שתוסר כעבור זמן מה בהתאם לשיקול המנתח.

הניתוח יבוצע עין ימין עין שמאל
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 שחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי והן: ניתוח למעקף מערכת הדמעות כולה או השארת המצב על כנו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב ואי נוחות, רגישות על פני העפעפיים, דמעת שתתגבר לאחר הניתוח למשך הזמן בו הצינורית מושתלת ולאחר מכן, אודם בעפעפיים ובלחמית מלווה בהפרשה לעיתים, ותחושת גרד בעפעפיים, דימום מהעפעפיים או מהאף וגירוי על ידי הצינורית של רירית האף או הלחמית.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: צנרור או יצירת מעקף לדרכי הדמעות, הסרת אבנים מדרכי הדמעות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: ארוזיה (שריטה) בקרנית, דימום מהעין או מהאף, זיהום סביב העפעפיים או בדרכי הדמעות, פגיעה בעין, דמעת קבועה, חסימה קבועה הדורשת ניתוחים נוספים, תזוזת הצינורית, נפילת הצינורית או אבדן הצינורית. תיתכן גם יצירת גרנולמות באף עיוות במחיצה או פגיעה בלתי הפיכה בה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט 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 לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט 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 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 לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט 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. 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