

# טופס הסכמה לניתוח אנטרופיון

## ENTROPION

### מדבקה

מטרת הניתוח היא להחזיר את העפעף למקומו התקין, למנוע מגע של הריסים עם העין ועל ידי כך למנוע גירוי, אודם, הפרשה, דמעת, כאבים ותחושת גוף זר בעין. ניתוח זה אינו משפר את טשטוש הראייה, שנגרם על ידי מחלות אחרות של העין. הניתוח אינו מבוצע למטרות קוסמטיות.

בשל גורמים שונים של האנטרופיון, אנטומיה שונה של כל אדם וקיום בעיות נוספות, ישנם מספר ניתוחים שונים לתיקון הבעיה. ברובם ישנו תיקון של חולשה וצניחת העפעף, הידוקו לעין וקיבועו במצב בו הריסים רחוקים מהעין. במקרים מסוימים יש צורך בהשתלת רקמה כדי לסייע בהרחקת הריסים מהעין.

הניתוח מבוצע באחת או כמה מהדרכים הבאות:

\* שחרור העפעף מאחיזתו בעצם הלטרלית של הארובה, שחרור הידוקם ותפירה חוזרת מהודקת לעצם.

\* תפרי היפוך אשר משנים את מנח העפעף.

\* קיצור העפעף משולב עם תפרי היפוך.

\* תוספת שתל להארכת השכבה האחורית של העפעף.

הניתוח יבוצע בעין:  ימין  שמאל  בעפעף:  העליון  תחתון

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת:  ללא הרדמה  כללית  אזורית  מקומית

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר:

שם פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח אנטרופיון ENTROPION. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כגון: שימון העין על ידי טיפות ומשחות שונות, קיבוע העפעף עם פלסטר, עדשת מגע טיפולית, במקרים מסוימים זריקות בוטוקס חוזרות לא מוכר ע"י כל גורם מבטח ומשולם באופן פרטי כל 3 חודשים ואינו פותר את הבעיה לגמרי), וכמובן, להמשיך ללא טיפול עם כל הסבל הנגרם ע"י אנטרופיון ותוך סיכון לפגיעה קשה בעין עד לאיבוד הראייה והעין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי, לרבות: נפיחות מסביב לעין, דימום תת עורי ותת לחמית, דמעת, תחושת גוף זר.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אנטרופיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: שטיפת דמעות, הרחבת דרכי דמעות, הסרת ריסים, לקיחת ביופסיה או לקיחת שתל מחלל הפה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: חזרה של אנטרופיון, תת תיקון, תיקון יתר, זיהום, דימום, מראה אסימטרי, הצטלקות, ראייה כפולה, דמעת או יובש בעין, קושי בהרכבת עדשות מגע, נימול או חוסר תחושה ליד העין, נמק של העפעף, שינוי מפתח העין, חשיפת לובן בעין, שינוי צורה ומיקום של זווית העין ובמקרים נדירים אבוד ראייה. יתכן ויהיה צורך בטיפול או ניתוח נוסף כדי לטפל בסיבוכים אלה. לכל אדם אנטומיה שונה, תגובה שונה לניתוח וריפוי שונה. לכן לא ניתן לצפות מראש את התוצאה הסופית.

אני מצהיר ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח אנטרופיון 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 אנטרופיון 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח אנטרופיון 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 ויישמר 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