

# טופס הסכמה לניתוח אקטרופיון

## ECTROPION

### מדבקה

מטרת הפעולה היא להחזיר את העפעף למקומו, להחזיר את תפקודו וע"י כך למנוע גירוי, אודם, הפרשה, דמעת, כאבים ותחושת גוף זר בעין. ניתוח זה אינו משפר את טשטוש הראיה. שנגרם ע"י מחלות אחרות של העין בדרך כלל לא נחשב ניתוח קוסמטי. לעיתים ניתן לשלב את הניתוח כחלק מניתוח עפעף תחתון קוסמטי.

בשל גורמים שונים של האקטרופיון, אנטומיה שונה של כל מטופל וקיום בעיות עיניים נוספות, ישנם מספר ניתוחים שונים לתיקון הבעיה. ברובם ישנו תיקון של חולשה וצניחת העפעף, הידוקו לדופן הארובה וקיבועו למצב תקין. במקרים מסוימים יש צורך בהשתלת רקמה כדי לסייע לתיקון האקטרופיון.

הניתוח מבוצע באחת או יותר מהדרכים הבאות:

- \* שחרור העפעף מאחיזתו בעצם הלטרלית של הארובה, שחרור הידוקים ותפירה חוזרת מהודקת לעצם.
- \* תפרי היפוך אשר משנים את מנח העפעף.
- \* קיצור העפעף משולב עם תפרי היפוך.
- \* שימוש בשתל עור להארכת השכבה החיצונית של העפעף.

הניתוח יבוצע  עין ימין  עין שמאל  עפעף עליון  עפעף 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 מפרופ' ד"ר:

שם פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח אקטרופיון ECTROPION. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, כגון: שימון העין ע"י טיפות ומשחות שונות, קיבוע העפעף עם פלסטר, וכמובן להמשיך ללא טיפול עם כל הסבל הנגרם על ידי אקטרופיון ותוך סיכון לפגיעה קשה בעין עד לאיבוד הראייה והעין אני מצהיר/ת ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי והן: נפיחות מסביב לעין, דמום תת עורי ותת לחמית, דמעת, תחושת גוף זר וצורך בהוצאת התפרים אחרי הניתוח.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אקטרופיון, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה, כגון: שטיפת דמעות, הרחבת דרכי דמעות, הסרת ריסים.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: חזרה של אקטרופיון, תת תיקון, תיקון יתר, זיהום, 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, שינוי צורה ומיקום של זווית העין ובמקרים נדירים פגיעה בראייה עד כדי אובדן ראייה ועיוורון. יתכן ויהיה צורך בטיפול או ניתוח נוסף כדי לטפל בסיבוכים אלה. לכל אדם אנטומיה שונה, תגובה שונה לניתוח וריפוי שונה. לכן, לא ניתן להתחייב מראש לגבי התוצאה הסופית.

אני מצהיר ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אקטרופיון, 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 אקטרופיון יבוצע בהרדמה מקומית, 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 אקטרופיון וכל ההליכים, ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד, שייעשו 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 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.  
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 \_\_\_\_\_

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