



טופס הסכמה לניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון

Incision and Drainage of Chalazion

מדבקה

כלזיון הינו תגובה דלקתית מקומית המערבת את בלוטות החלב (sebaceous glands) של העפעף, ומתרחשת כאשר תעלת הניקוז של הבלוטה נחסמת. כלזיון יכול לחלוף באופן עצמוני או על ידי טיפול בעיסוי וחימום מקומיים והקפדה על היגיינת עפעפיים. כאשר אין שיפור בשיטות אלה, ניתן לבצע חיתוך וניקוז כירורגיים של הכלזיון, במטרה לנקז את הבלוטה החסומה ולהביא לסיום התהליך הדלקתי.

בניתוח מבוצע ניקוז של הכלזיון על ידי חיתוך בפני השטח הפנימיים או החיצוניים של העפעף. בשלב זה מבוצע ניקוז זהיר של תוכן הכלזיון, עם או ללא כריתה של המעטפת **הדלקתית**, ושימוש בלחץ עדין או חום לשליטה בדימום. לפי שיקול דעת המנתח ניתן להזריק בסוף הניתוח סטרואידים למיטת הכלזיון.

הניתוח יבוצע עין ימין עין שמאל עפעף עליון עפעף תחתון

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 מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך בביצוע חיתוך וניקוז של כלזיון Incision and Drainage of Chalazion. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, הכוללות:

1. הקפדה על היגיינת עפעפיים - כולל שימוש ברטיות חמימות, עיסוי מקומי וניקוי שפת העפעף. שיטה זו עשויה שלא לשפר את הדלקת במידה והכלזיון הוא עמוק.
2. הזרקת סטרואידים מקומית - סטרואידים הינם חומרים נוגדי דלקת. יתכן ויהיה צורך ביותר מזריקה אחת. שיטת טיפול זו עלולה לגרום להבהרה (דה-פיגמנטציה) של העפעף, הצטברות של משקע סטרואידים באתר ההזרקה, או במקרים נדירים מאד לחסימה של כלי דם של הרשתית או הדמית בעין עם סכנה לאבדן ראייה.
3. אי מתן טיפול - אני יכול/ה לבחור שלא לקבל טיפול ולהישאר עם הכלזיון.

הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון, יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: צורך בהזרקת סטרואידים, ביצוע חתכים נוספים למוקדים נוספים שניראו, שימוש במחט חמה לעצירת הדימום או נטילת ביופסיה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות:

1. זיהום או דימום משמעותי.
2. כאב כרוני ואי נוחות.
3. שינוי בגוון העור כתוצאה מהניתוח ו/או מהזרקת הסטרואידים.
4. אובדן ריסים באזור הניתוח.
5. היווצרות שניץ (notching) בשפת העפעף באזור הדלקת.
6. גירוי מכאני של פני השטח של העין והקרנית ע"י החתך הניתוחי או הצלקת הניתוחית בעפעף, שעלול לגרום לפגיעה בתאים מהציפוי של הקרנית (corneal abrasion) פגיעה בראייה ותחושת גוף זר. מצב זה עלול להצריך שימוש ממושך בתכשירים מקומיים לסיכוך, מניעת זיהומים ולעתים נדירות גם בעדשות מגע טיפוליות.
7. נזק לגלגל העין במהלך הניתוח מכלי ניתוחי כגון סכין הניתוח, מהמחט המשמשת להזרקת חומר ההרדמה או הסטרואידים או מכלי המשמש לצריבת כלי הדם.

8. צניחת עפעף זמנית או קבועה.

9. במקרים נדירים ביותר ירידה בראייה או אובדן הראייה או עיוורון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון, 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 ינתן לי על ידי המרדים.

אם הניתוח, חיתוך וניקוז של כלזיון 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 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 חיתוך וניקוז של כלזיון 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.

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 האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוסטרופוס 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: _____ מסי רשיון: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם