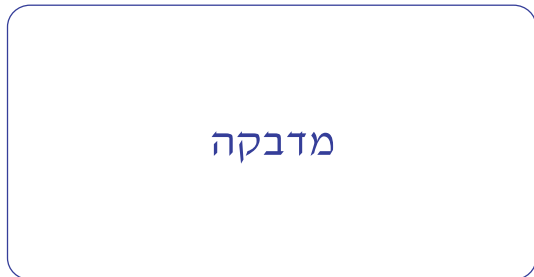




טופס הסכמה לניתוח הרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס

FRONTALIS SLING OPERATION



מטרת הניתוח היא הרמת העפעף על ידי יצירת חיבור בין שריר הגבה לעפעף העליון, חיבור שייפצה על פעילות שריר העפעף הפגום.

דרך ביצוע הניתוח היא העברת שתל תת עורי בין שריר הפרונטליס במצח לבין העפעפיים לצורך יצירת קשר ביניהם - כך שעל ידי הרמת המצח מורמים העפעפיים.

מקור השתל הינו אחד מהבאים על פי שיקול המנתח: עצמוני כמו פציה לאטה או פציה טמפורלית - הנקצר מהמטופל מאתר ניתוח נפרד.
 * שתל הומני אחר מתורם כדוגמת פציה לאטה.
 * שתל חיצוני: סיליקון, חוט ניילון או משי, או חומר סינטטי (גורקסט או חומר סינטטי אחר).

השתל מוחדר לתת עור על ידי מחט המחוברת אל השתל, היא מועברת מתחת לעור ליצירת החיבור מתחת לעור. לאחר חיבור השתל המטפל יפתח את העפעף על ידי הרמת המצח והגבה, ויסגור את העפעף על ידי שחרור הגבה והמצח. לצורך יצירת המתלה התת עורי מוחדרת מחט מכוונת ובקצה שלה מחובר שתל המועבר מתחת לעור ולתת עור ליצירת מתלה הנקשר מתחת לעור. השתל מהווה קשר בין כח שריר הפרונטליס בגבה לבין העפעף. על ידי פעולת הרמת הגבה, מועלה העפעף העליון. 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 _____

על הצורך בביצוע ניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס FRONTALIS SLING OPERATION. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי ובהן קיצור השתל שריר הלבטור היכול להתאים רק לחלק מן המקרים. במקרים בהם תפקוד השריר לא קיים כלל אין חלופה כירורגית ראויה. עם זאת, ניתן להשאיר המצב על כנו ללא נזק למעט התפתחות עין עצלה בילדים בהם מערכת הראייה לא התפתחה במלואה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: תפר בעפעף תחתון (פרוסט) לצורך הגנה על העין, מעבר לשיטה ניתוחית אחרת לתיקון הצניחה בשל תיקון יתר או חסר.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: מתאר לא אחיד של העפעף או מתאר השונה מהמתאר לפני הניתוח, אסימטריה במפתח העפעפיים, נפיחות באיזור הניתוח, צלקות עוריות וגרונולומות (ציסטות תת עוריות). יתכן זיהום של השתל, יציאתו דרך העור, קרע שלו או החלשותו - המצריכים ניתוח חוזר.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס 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 להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס 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 להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס 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 אודותי 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