

טופס הסכמה לניתוח עפעפיים

BLEPHAROPLASTY

מדבקה

מטרת הניתוח היא להסיר עודפים של רקמת עור/שריר/שומן בעפעפיים המכסים את העין ומפריעים לשדה הראיה, וזאת כחלק משרותי סל הבריאות. לעיתים הניתוח מבוצע למטרות קוסמטיות בעפעף העליון ו/או התחתון וזאת שלא במסגרת שרותי סל הבריאות.

הניתוח אינו מסלק קמטים מצדדי העיניים וקמטוטים קטנים על פני העור, אינו מעלים כהיות מסביב לעיניים ואינו גורם להרמת הגבות. לעיתים משלבים בניתוח גם תיקון צניחת עפעפיים (פטוזיס), תיקון של גבה צנוחה, או עפעף תחתון רפוי (אקטרופיון).

הוסבר לי כי תוצאות הניתוח אינן נצחיות והן תפחתנה בצורה הדרגתית כחלק מתהליך ההזדקנות בקצב שונה מאדם לאדם.

דרך ביצוע הפעולה: סימון עודפי העור, חיתוך העור לפי הסימון, הסרת העור וחלק מהשריר, לעיתים מבוצעת גם הסרת עודפי שומן, תפירת העור. החיתוך מתבצע באמצעות להב או ע"י מחט דיאטרמיה או מחט חמה אחרת (כגון: radiofrequency). גם שליטה על הדימום מבוצעת על ידי מחט זו או באמצעות מחט דרקוטבית או באמצעות לייזר בהתאם לשיקול דעת המנתח.

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 ניתוח עפעפיים BLEPHAROPLASTY בעין: ימין שמאל שתי העיניים
עפעף: העליון תחתון שתי העפעפיים, (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל אי ביצועו כלל ולעיתים הזרקות חוזרות של חומרי מילוי לאזורים שונים סביב העיניים, הזרקות קולגן פילינג באמצעים שונים וטיפולי לייזר שונים לעור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לרבות: בחילות והקאות, כאב, אי-נוחות, נפיחות בעפעפיים, שטפי דם מסביב לעיניים או דרך הפצע, יובש בלחמית או דמעת, אודם צריבה ותחושת גרד בעיניים. שינויים בראייה לרבות שינויי רפרקציה וצורך בהחלפת המשקפיים. הצלקות עצמן תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה, אולם, מקרוב תמיד תיראנה. ישנם אנשים בהם הריפוי פחות טוב כגון מעשנים, מחלות כרוניות, אנשים בעלי עור כהה ובעלי נטיה לקלואיד.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח עפעפיים עליוניים יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: תוספת ניתוח גבה באמצעות תפרים או חתכים נוספים באיזור הגבות, תוספת ניתוח פטוזיס בגישה קדמית תוך קיצור שריר הלבטור או בגישה אחורית - תוך קיצור שריר המילר והלחמית, רקמת הטרסוס או שילוב ביניהם.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, ריפוי איטי ופעירת הפצע, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה (בעפעפיים התחתונים) פגיעה עצבית בתחושה סביב בעיניים, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, שינוי גוון עור באזור המנותח, אסימטריה בין שני צידי העין. סיבוכים הקשורים לעין עצמה לרבות פגיעה בבלוטות הדמע, שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, פגיעה בקרנית, ראייה כפולה, הפרעה בסגירת העין ובמקרים נדירים דימום המסכן ראייה עד כדי עיוורון שיצריך ניתוח דחוף, אי שביעות רצון מתוצאות הניתוח, ותגובה נפשית קשה.

זאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך ניתוח עפעפיים עליונים 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 עפעפיים עליונים 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 לעפעפיים עליונים 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

שם האפוסטרופוס (קירבה) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

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: מס' רשיון:

שם המתרגם קשריו למטופל