

## טופס הסכמה לטיפול לייזר ברשתית

### Retinal Laser Treatment

מדבקה

הניתוח מתבצע במטרה, להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנזק לעצב הראייה. הורדת הלחץ מתאפשרת על ידי יצירת מערכת ניקוז חלופית שעוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח, בחומרים אנטימבוליטיים כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז. ההרדמה המלווה פעולה זאת:  כללית  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 הפרטי  שם המשפחה

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

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על ניתוח להורדת הלחץ תוך עיני Retinal Laser Treatment  בעין ימין  בעין שמאל (להלן "הניתוח העיקרי")

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכשלון הניתוח, דהיינו, השארת לחץ תוך עיני מוגבר או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי, לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים, במהלך הניתוח, לרבות: דימום תוך עיני ואובדן זוגיות. כמו כן, הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט) וצניחת העפעף. ובמקרים נדירים הטיפול עלול לגרום לפגיעה בראייה עד כדי אובדן הראייה או עיוורון

אני נותן/נת בזאת, את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנתו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה, גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית, לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים פגיעה בראייה עד כדי אובדן הראייה או עיוורון.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שטיפול לייזר ברשתית 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. 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 האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפטרופוס 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