

## טופס הסכמה לניתוח

### כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף Eyelid lesion removal + Eyelid reconstruction

מדבקה

מטרת הפעולה נועדה להסיר נגע מעפעף העין ושחזור העפעף למנח תפקודי מיטבי. לעיתים תבצע שליחת הנגע לבדיקה היסטופתולוגית.

הניתוח יתבצע:

- עין ימין  עפעף עליון  עפעף תחתון  שני העפעפיים  
 עין שמאל  עפעף עליון  עפעף תחתון  שני העפעפיים

במהלך הניתוח תשלח דגימה להיסטופתולוגיה לאיפיון הנגע.

יש  אין צורך בשליחת חתך קפוא.

לפי שיקול דעתו של המנתח ייתכן ותשלח דגימה בחתך קפוא להערכת שולי הכריתה. במקרה כזה תיתכן המתנה בחדר הניתוח או מחוצה לו, לקבלת תשובה וייתכנו כריתות נוספות עד לקבלת שוליים נקיים.

לאחר סיום הכריתה, יוצע שחזור של העפעף בהתאם למיקום וגודל החסר. ייתכן ויהיה צורך בשחזור הכולל, שתל עור מאזור אחר בגוף, או בשחזור בין מספר שלבים המצריך לעיתים השארת העין סגורה למספר ימים או עד לשלב הניתוחי הבא במועד אחר. מטרת הניתוח היא הרמת העפעף, על ידי יצירת חיבור בין שריר הגבה לעפעף העליון, חיבור שייפצה על פעילות שריר העפעף הפגום. 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 פרטי	שם המשפחה	שם פרטי	שם המשפחה	תאריך
חתימת המטופל	שעה	חתימת המטופל	שעה	תאריך

על הצורך בביצוע כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, הכוללות: במעקב מרפאתי, במקרים בהם יש חשד לגידול ממאיר, שהינן פחות טובות מכירורגיה, הכוללות: טיפולי צריבה, הקפאה, הקרנה או טיפול תרופתי. במקרים בהם אין חשד לגידול ממאיר ניתן לבצע מעקב בלבד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: שטפי דם תת עוריים, דימום, יובש, ירידה זמנית בראייה או שינוי במרשם המשקפיים, שינוי בצורת העפעף ואסימטריה בין העיניים, צורך בניתוח חוזר להשלמת כריתה לאחר קבלת תשובה מלאה מהפתולוג או צורך בטיפולים כימותרפיים או קרינתיים בהתאם לתשובה ההיסטופתולוגית, צורך בניתוח חוזר להשלמת השחזור, סגירה או פתיחה מופחתים של העפעף, דמעת, כריתת דרכי הדמעות במקרים בהם הנגע מערב אזור זה.

הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: הרחבת החתך בשל ממצא גדול יותר או לצורך שיפור ביכולת הסגירה, במקרים בהם גידול ממאיר מערב חלקים מארובת העין או לגל העין, יתכן ויהיה צורך לבצע הרחבת כריתה שתכלול מבנים אלה וזאת לאחר דיון עם המטופל במעמד הניתוח או במקרים מסוימים יהיה צורך להפסיק הניתוח לצורך הרחבת הברור או דיון במקרה, בנוסף יתכן ויהיה צורך בהזרקת חומר נוגד דלקת, שימוש בתכשיר מעכב דימום בתוך החתך.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: עיוות קוסמטי משמעותי, אובדן ראייה, יובש קבוע, מפתח עין קטן או גדול יותר. מתיחה של העפעף כלפי מטה והפרעות בסגירת העין. דמעת קבועה, אובדן ריסיס תמידי, כפל ראייה, צלקת, הבדלי צבע בעור בין האזור המנותח לבריאה, ירידה בתחושת הריסיס או אזורי הניתוח, כל הסיבוכים בהתאם לגודל הכריתה הנדרש.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין ה, שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף, 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/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה:  כללית  אזורית  חסימה עצבית  
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

אם הניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף 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 כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף 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 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 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: \_\_\_\_\_ מס' רשיון: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם