

טופס הסכמה לניתוח תיקון פזילה

SURGERY FOR EXTRAOCULAR MUSCLES

מבדקה

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את המנה של העיניים, או הטטיית הראש, או תנועות עיניים שאין נורמליות, על ידי חיזוק או החלשת פעולה השדרירים החזק עיניים האחראים על תנועות העיניים. לאחר ההרדמה, מתבצע מבחן הבודק את מקור הפגיעה בתנועות גלגל העין. תוצאות המבחן קובעות לעתים את סוג הניתוח. הניתוח אינו משנה את חותם הראייה בכל עין באופן ישיר ובמקרים אלו משפר את הראייה, אלא את המראה של המטופל, ולעתים את התיפוקוד הדורעני. הניתוח עשוי להיות שלב טיפולו בסדרת טיפולים אפשריים, הכוללים בין היתר: הרכבת משקפיים ו/או סגירת אחת העיניים כתיפוף בעין עצלה. טיפולים אלה מבוצעים לפני ולפעמים גם אחרי הניתוח. בכל ניתוח מנתחים שריר אחד או יותר, בכל עין או בשתין, בהתאם למצב.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או מקומית.

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

שם המטופל/ת: _____
 שם האב: _____
 שם פרטיה: _____
 שם משפחה: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעלפה מפרופ'/^{ד"ר}: _____
 שם משפחה: _____
 שם פרטיה: _____

על הצורך בניתוח לתיקון פזילה SURGERY FOR EXTRAOCULAR MUSCLES בעין ימין בעין שמאל שתי העיניים, בשיר אחד שני שרירים (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקומות של הניתוח, הכוללות, הפחתת הפזילה, לרבות שיפור הדרגי, נוסף או הרעה, דהיינו, חזקה במצב הפזילה הקודם, או הופעת פזילה מסווג אחר. במקרים אלה קיימת אפשרות לנition נוספת. הוסבו לי תופעות הלועאי לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות וכפל ראייה חולף. כמו כן, הוסבו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים במהלך הנition לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בשיר, כפל ראייה ובמקרים נדירים ביותר ירידה או אובדן הראייה ופגיעה בצורת העין.

אני מונע/ת בזאת את הסכמי לביצוע הנition העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבו לי ואני מבינה/ה, שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הנition העיקרי יתרור שיש צורך לשנותו או לנקט הליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שניתן לצפותם בעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאוthon הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הנition העיקרי.

הסכםתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראייה. אם יוחלט על ביצוע הנition העיקרי בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המדרדים.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל הליכים האחרים, יישו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם להחלטים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבב שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שميدע שמדובר במקרה-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמופיע לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה באמצעותם של הוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בכפוף להוראות כל דין.
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנבע ממנו, לרבות, מבלתיפגע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיו ו/או חוקי' יחולו דיני מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נotonin בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו חיוניים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה



שעה



חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיורוט הדרוש וכי הוא/היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברוי במלואם.

מס' רישיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם