

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח להסרת פטריגיום PTERYGIUM REMOVAL

פטריגיום הינו צמיחת הלחמית על פני הקרנית כאשר בעין רגילה נעצרת רקמת הלחמית בגבול בין הלובן לקרנית. במהלך הניתוח מסירים את רקמת הפטריגיום מעל פני הקרנית ומטפלים באופן כירורגי ו/או תרופתי במקום ממנו צמח הפטריגיום על פני הלובן. במקרים מסוימים, לפי שיקול הרופא, מטפלים בחומר אנטי מטבוליטי או בהקרנות מקומיות למניעת צמיחה חוזרת של הפטריגיום. במקרים נדירים יותר, בעיקר לאחר חזרה של הפטריגיום שנותח בעבר, מבצעים השתלת לחמית או קרנית. על עתוי הניתוח ושיטת הניתוח מחליטים בהתחשב בגודל הפטריגיום, גיל המטופל, מצב הלחמית ומנח העפעף. הפטריגיום נוטה לחזור בעיקר בגילאים צעירים ושיעור חזרתו יורד עם התקדמות הגיל (בספרות מדווח שיעור חזרות עד 50%). אין חלופות לטיפול הכירורגי בפטריגיום. קיימת אפשרות שלא לנתח כאשר הפטריגיום אינו פעיל, אינו פוגם בראיה ואינו מפריע לטיפול מבחינה אסטטית. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם משפחה	שם פרטי		

על הצורך בביצוע ניתוח פטריגיום בעין ימין/שמאל * (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות לרבות האפשרות של חזרת הפטריגיום. הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות כאב, אי נוחות ודימומים מקומיים בלחמית ובעפעפיים שחולפים בדרך כלל תוך פרק זמן קצר. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות זיהום, שינויים בתשבורת, כפילות בראיה, התפתחות הדבקויות בין העפעף וגלגל העין (סימבלפרון) שעלולים לגרום להגבלה בתנועת העין וכפילות בראיה או משיכה של העפעף ודמעת. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות 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 תהיינה חיוניות במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אני יודעת/ם ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
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/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון

* מחק את המיותר

