

# טופס הסכמה: להזרקה תוך עינית

## INTRA-VITREAL INJECTION

מחלות הרשתית והדמית הגורמות לירידה בחדות ראייה, איכות הראייה, ושדה הראייה על רקע צמיחת כלי דם פתולוגיים בעין ודלף מכלי דם בדמית וברשתית מטופלות, בשנים האחרונות, על ידי הזרקה תוך עינית של חומרים נוגדי החלבון VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor).

המצבים העיקריים בהם מתבצעות הזרקות לתוך העין הם: צמיחת כלי דם מהדמית על רקע ניוון מקולרי או מחלות אחרות, רטינופטיה על רקע סוכרת, חסימות כלי דם ברשתית ובצקות של הרשתית. בנוסף, יש אפשרות להזריק סטרואידים לזוגית העין כטיפול לבצקות של הרשתית ודלקת הענביה.

הטיפול ניתן בהרדמה מקומית, בתכיפות המותאמת למחלתו של החולה ולתגובתו לטיפול. הוסבר לי שקצב הטיפול ומשכו תלויים במידת התגובה לטיפול. ברוב המקרים יש צורך בהזרקות חוזרות, לעיתים פעם בחודש, למשך זמן לא מוגבל.

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: \_\_\_\_\_

שם פרטי	שם משפחה
_____	_____

על הצורך בהזרקה לזוגית של עין שמאל (צייני שם התרופה/ות): אבסטיין/ לוסנטיס/ אייליה/ אוזורדקס/ אחר \_\_\_\_\_

עין ימין (צייני את שם תרופה/ות): אבסטיין/ לוסנטיס/ אייליה/ אוזורדקס/ אחר \_\_\_\_\_

בשל: ניוון מקולרי (AMD) רטוב/ בצקת מקולרית/ דלקת הענביה/ אחר (פרט) \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי על חלופות טיפוליות האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות: תכשירים אחרים, טיפול פוטודינמי, וטיפול לייזר. הוסבר לי הסיכויים לשיפור, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי שהזרקה אבסטיין לעין, במידה ותבוצע, ניתנת מחוץ להתווית היצרן (OFF LABEL), ולא ידועות השפעותיו לטווח רחוק.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של הזרקה התרופה לחלל הזוגית, לרבות: כאבים בעין, דימום תת לחמי, נקודות שחורות בשדה הראייה, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית, דלקת הענביה, הפרעות בראייה, רגישות לתרופה המוזרקת ו/או לחומר החיטוי ו/או לאנטיביוטיקה הניתנת במסגרת הטיפול. במרבית המקרים תופעות לוואי אילו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול אך לעיתים לוקח זמן רב עד להחלמה מלאה.

כמו כן הוסבר לי על הסיכונים האפשריים, לרבות: היפרדות רשתית, היווצרות קטרקט, עלית לחץ תוך עיני, דימום תוך עיני, וזיהום חיידיקי תוך עיני (אנדופטאלמיטיס). במרבית המקרים ניתן לטפל בסיכונים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיכונים אילו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי, לרבות סדרת ההזרקות המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין 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 הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואי-נוחות.

אני יודעת/ ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שייעשו 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 בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	מספר רישיון	חתימת הרופא/ה
------------	-------------	---------------