



טופס הסכמה: ניתוח להסרת פטריגיום PTERYGIUM REMOVAL

פטריגיום הינו צמיחת הלחמית על פני הקרנית כאשר בעין רגילה נעצרת רקמת הלחמית בגבול בין הלוּבן לקרנית. במהלך הניתוח מסירים את רקמת הפטריגיום מעל פני הקרנית ומטפלים באופן כירורגי ו/או תרופתי במקום ממנו צמח הפטריגיום על פני הלוּבן. 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 עיתי 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 בראייה ואינו מפריע למטופל מבחינה אסתטית. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית.

שם המטופל: _____

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

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

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

אני מצהיר/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 והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום, שינויים בתשבורת, כפילות בראייה, התפתחות הידבקות בין העפעף וגלגל העין (סימבלפרון) שעלולים לגרום להגבלה בתנועת העין וכפילות בראייה או משיכה של העפעף ודמעת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/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 והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראייה.



אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
------------------------------	--------------------------------------------------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* 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 (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------