



## טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה TRABECULECTOMY

הניתוח מתבצע במטרה להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנזק לעצב הראיה. הורדת הלחץ מתאפשרת ע"י יצירת מערכת ניקוז חלופית שעוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח בחומרים אנטימטבוליטים כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_

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

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

שם משפחה      שם פרטי

על ניתוח להורדת הלחץ התוך עיני בעין ימין / שמאל\*. (להלן "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכישלון הניתוח, דהיינו, השארות לחץ תוך עיני מוגבר או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות דימום תוך עיני ואובדן זגוגית. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט) וצניחת העפעף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה רחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראייה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



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 את הסברי במלואם.

---

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------