



טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית

VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנזק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית. **היפרדות רשתית** הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מחבלה, מחלות עיניים או מחלות כמו סכרת ונפגעת יכולתה לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה מתבצע ניתוח במטרה להצמיד את הרשתית למקומה בשיטות שונות בשילוב עם ניתוח לכריתת הזגוגית והזרקת חומר מיוחד לעין כתחליף לזגוגית. הניתוח מתבצע בדרך כלל 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 פרטי	שם משפחה		

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין ימין / שמאל * עם / בלי * ניתוח לתיקון היפרדות רשתית (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב. הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות כי כאשר הניתוח מבוצע גם בשל היפרדות רשתית, יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת העפעף, כפילות ראייה, קרעים ברשתית, היפרדות רשתית, נזק לעדשה ואף אובדן מוחלט של הראייה בעין והצטמקות גלגל העין. אם הניתוח כולל גם תיקון היפרדות רשתית אפשריים סיבוכים כמו פזילה, עליית הלחץ התוך עיני והתפתחות מואצת של ירוד (קטרקט).

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, 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 בנייתו 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
--------------------	---------------	------------
