

## טופס הסכמה: ניתוח להסרת ירוד Cataract Extraction

ירוד (קטרקט) הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית שקופה וע"י כך לשפר את הראיה. מטרה זו מושגת במרבית המקרים, אך גם תלויה באיכות ובתקינות שאר המרכיבים של מערכת הראיה. סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. ייתכנו מצבים בהם לא ניתן יהיה להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע הוצאת העדשה של המטופל בלבד. ישנם מקרים בהם העדר תנאים מתאימים להשתלת עדשה, יתגלה רק בעת הניתוח. יש להדגיש שלאחר כל ניתוח קטרקט, ייתכן צורך במשקפיים לראיה מיטבית הן לרחוק והן לקרוב. בניית קטרקט המתבצע לאחר שהמטופל עבר ניתוחי תישבורת להסרת משקפיים, חישוב העדשה המושתלת מורכב יותר ולעיתים קרובות יותר יהיה צורך להשתמש במשקפיים, לראיה מיטבית.

קיימות עדשות תוך עיניות מסוגים שונים, שחלקן ניתן להשתלה רק במסגרות פרטיות. הסוגים השונים של העדשות נועדו לתקן הפרעות תשבורת שונות שאינן קשורות בירוד. סוגי העדשות הקיימות:

- עדשה חד מוקדית (מונופוקאלית) - עדשה המעניקה חדות ראייה טובה במרחק אחד בלבד (רחוק, ביניים או קרוב), לשם ראייה טובה בשאר הטווחים יהיה צורך במשקפיים. ניתן לתקן ראייה של כל עין למרחק שונה (רחוק /קרוב ) על מנת לצמצם את התלות במשקפיים (מונוויזן).
- עדשה בעלת מספר מוקדים (מולטיפוקאלית) - עדשה שמטרתה להקטין את התלות במשקפיים הן לרחוק והן לקרוב.
- עדשה אקומודיטיבית - עדשה המשנה את מוקד הראיה בהתאם לצרכי הראיה ( רחוק/קרוב ) עדשה שמטרתה להקטין את התלות במשקפיים הן לרחוק והן לקרוב.
- עדשה טורית - עדשה בעלת יכולת להקטין או לתקן את האסטיגמציה (צילינדר) של הקרנית (מצב בו הקרנית לא בצורה של כדור אלא בצורת ביצה) ולהקטין את התלות במשקפיים, עדשה זו קיימת כעדשה חד מוקדית, רב מוקדית או אקומודיטיבית.

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 הצורך בביצוע ניתוח ירוד בעין ימין\*/שמאל\* עם/בלי\* השתלת עדשה תוך עינית. סמן את סוג העדשה: מונופוקאלית / מולטיפוקאלית / אקומודיטיבית / טורית (להלן: "הניתוח העיקרי").



הוסבר לי כי אחוזי ההצלחה של ניתוח ירוד, גבוהים. כמו כן, הוסבר לי, כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד. הוסבר לי כי מטרת הניתוח הינה שיפור הראיה בלבד וכי הניתוח אינו מטפל בבעיות עיניים אחרות. הוסבר לי היתרונות והחסרונות של כל עדשה, וסוג העדשה המתאימה למצבי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח, לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזוגיות, צניחת העדשה לזוגיות (עלול להיות צורך בניית נוסף להוצאת העדשה מהזוגיות), תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח, דלקת טוקסית של המקטע הקדמי (TASS) יובש, עלייה זמנית או קבועה של הלחץ התוך עיני, בצקת קרנית זמנית או כרונית, שתצריך לעיתים ניתוח השתלת קרנית והופעת עכירות מאחורי העדשה המושתלת (ירוד משני). בחלק מהמקרים הירוד המשני מצריך טיפול נוסף בלייזר. סיבוכים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח, היפרדות רשתית ובצקת במרכז הראיה ברשתית (מקולה). במקרים נדירים ביותר עלול להיות מצב של אובדן הראיה בעין המנותחת או אובדן העין. הוסבר לי כי לסוג העדשה המושתלת יש השפעה על תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים, האופייניים לכל אחת מהעדשות.

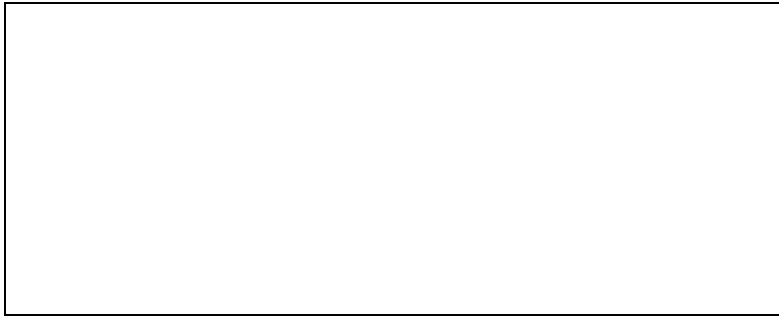
בהשתלת עדשה טורית תיתכן סטייה במיקום העדשה בעין ובעוצמתה, דבר שיוביל לתיקון חלקי של הצילינדר או יצריך ניתוח נוסף לשם תיקון מיקום העדשה או החלפתה. אני מודע לכך שאין הניתוח מבטיח חוסר תלות במשקפיים אלא הקטנת התלות בהם.

בהשתלת עדשה רב מוקדית (מולטיפוקאלית) תיתכן ירידה בניגודיות (קונטרסט), תופעות של הילות וסנוורים, קשיים בראיה באור עמום וכן ייתכן קושי בראיה במרחק ביניים. בחלק מן המקרים יש צורך להחליף את העדשה בעקבות התלונות הללו.

ידוע לי שהעדשה מקטינה את התלות במשקפיים אך לא ניתן להבטיח אי תלות מוחלטת במשקפיים ויתכן שלתפקודים מסוימים עדיין אודקק למשקפיים.

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 בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות 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 הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.



אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית חולים בכפוף לחוק. במקרה של חולה פרטי, המנתח האחראי יהיה \_\_\_\_\_

---

| תאריך | שעת החתימה | חתימת המטופל |
|-------|------------|--------------|
|-------|------------|--------------|

---

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוסטרופוס 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 |
|--------------------|---------------|------------|
|--------------------|---------------|------------|