

טופס הסכמה: ניתוח שחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט

Reconstruction of the lacrimal system with or without stenting

מערכת הדמעה חיונית לתפקוד תקין של ניקוז הדמעות ששומרות על פני השטח החיצוני של הקרנית. הדמעות נאספות לשק הדמעות וממנו מופרשות לאף. מטרת הניתוח לשמר את מערכת ניקוז הדמעות, להרחיב אותה אם יש צורך ולוודא את תקינותה בעת הצורך על ידי צנור ומשתל זמני.

דרך ביצוע הניתוח היא על ידי הרחבת הצינור שפתחו נמצא על פני העפעף התחתון והעליון בקרבת האף, שטיפה לוודאי תקינות המערכת ובמקרים מסוימים השתלת צינורית סיליקון שתוסר כעבור זמן מה בהתאם לשיקול המנתח.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת:

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

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 שחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט.

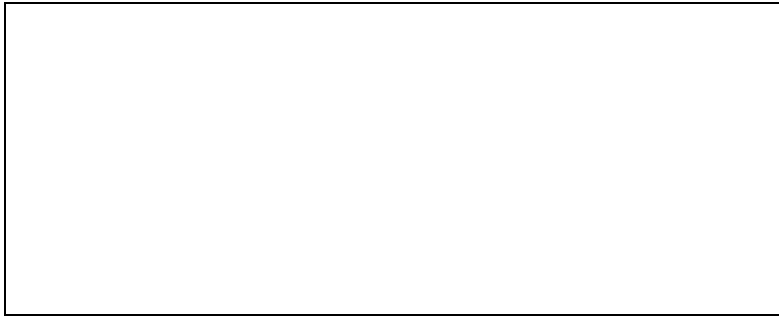
כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי והן: ניתוח למעקף מערכת הדמעות כולה או השארת המצב על כנו.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב ואי נוחות, רגישות על פני העפעפיים, דמעת שתתגבר לאחר הניתוח למשך הזמן בו הצינורית מושתלת ולאחר מכן, אודם בעפעפיים ובלחמית מלווה בהפרשה לעיתים, ותחושת גרד בעפעפיים, שטפי דם מהעפעפיים או מהאף וגירוי על ידי הצינורית של רירית האף או הלחמית.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: צנור דרכי הדמעות, הסרת אבנים מדרכי הדמעות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: ארוזיה (שריטה) בקרנית, דימום מהעין או מהאף, זיהום סביב העפעפיים או בדרכי הדמעות, פגיעה בעין, דמעת קבועה, חסימה קבועה הדורשת ניתוחים נוספים, תזוזת הצינורית, נפילת הצינורית או אובדן הצינורית. תיתכן גם יצירת גרנולומות באף עיוות במחיצה או פגיעה בלתי הפיכה בה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.



הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה **כללית / אזורית / חסימה עצבית** ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח לשחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

תאריך	שעה	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
--------------------	---------------	------------