



טופס הסכמה: ניתוח לתיקון פזילה **(SURGERY FOR EXTRAOCULAR MUSCLES)**

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את המנח של העיניים, או הטיית הראש, או תנועות עיניים שאינן נורמטיביות, על ידי חיזוק או החלשת פעולת השרירים החוץ עיניים האחראיים על תנועות העיניים. לאחר ההרדמה, מתבצע מבחן הבדק את מקור הפגיעה בתנועות גלגל העין. תוצאות המבחן קובעות לעיתים את סוג הניתוח. הניתוח אינו משנה את חדות הראיה בכל עין באופן ישיר ובמבוגרים אינו משפר את הראיה, אלא את המראה של המטופל, ולעיתים את התפקוד הדו־עיני. הניתוח עשוי להיות שלב טיפולי בסדרת טיפולים אפשריים, הכוללים בין היתר: הרכבת משקפיים ו/או סגירת אחת העיניים כטיפול בעין עצלה. טיפולים אלה מבוצעים לפני ולפעמים גם אחרי הניתוח. בכל ניתוח מנתחים שריר אחד או יותר, בכל עין או בשתיהן, בהתאם למצב. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או 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		

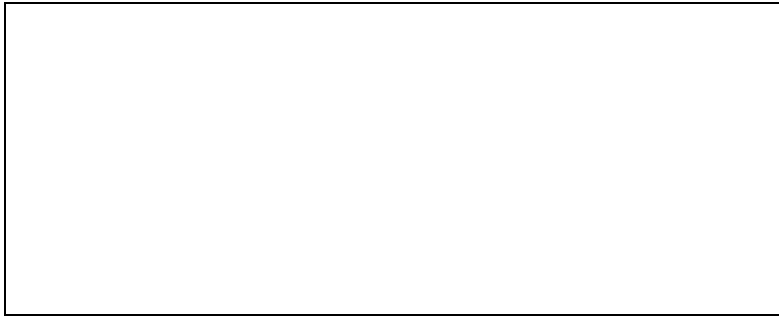
על הצורך בניתוח לתיקון פזילה בעין ימין/שמאל/שתי העיניים*, בשריר אחד/שני שרירים* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח, הכוללות, הפחתת הפזילה, לרבות שיפור הדרגתי נוסף או הרעה, דהיינו, חזרה למצב הפזילה הקודם, או הופעת פזילה מסוג אחר. במקרים אלה קיימת אפשרות לניתוח נוסף.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות וכפל ראייה חולף. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בשריר, כפל ראייה ובמקרים נדירים ביותר ירידה או אובדן הראייה ופגיעה בצורת העין. 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 לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם 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 המוסד יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי 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/ה את הסברי במלואם.

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