

טופס הסכמה: טרבקולופלסטיה בארגון לייזר ARGON LASER TRABECULOPLASTY (ALT)

מטרת הפעולה הינה הפחתת הלחץ התוך עיני במקרי גלאוקומה או יתר לחץ תוך עיני. הפעולה נמשכת מספר דקות ומתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי. הרופא המבצע משתמש בעדשה טיפולית המוצמדת אל קרנית המטופל. המכשיר שולח קרני לייזר ממוקדות אל אזור אנטומי בעין הנקרא זווית הלשכה הקדמית. פעולת הלייזר יוצרת צלקות באזור הניקוז ותגובה תוך תאית העשויה לשפר את ניקוז הנוזלים החוצה מהעין דרך זווית הלשכה הקדמית.

צוות ההרדמה המלווה פעולה זאת: **הרדמה מקומית** באמצעות טיפות.

שם המטופל:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע טרבקולופלסטיה בארגון לייזר (ALT) בעין:

ימין/שמאל/שתי העיניים (להלן, "הפעולה העיקרית"), מד"ר/פרופ'

שם פרטי שם משפחה

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי, הכוללות טיפול תרופתי בטיפות וניתוחים חודרניים להפחתת הלחץ התוך עיני.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי והסיכונים והסיבוכים האפשריים לאחר הפעולה, לרבות: עין אדומה, דלקת תגובתית בלשכה הקדמית, עליה בלחץ התוך עיני ודימום קל בלשכה הקדמית. הוסבר לי כי לעיתים יש לחזור על הפעולה. הוסבר לי גם כי לעיתים הפעולה לא מועילה בהפחתת הלחץ התוך עיני.

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

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהפעולה טרבקולופלסטיה בארגון לייזר (ALT) 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 הפעולה העיקרית.

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