

טופס הסכמה: אירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג YAG LASER PERIPHERAL IRIDOTOMY (LPI)

מטרת הפעולה, ברוב המקרים, הינה השוואת לחצים בין חלקה הקדמי של העין (הלשכה הקדמית) וחלקה האחורי (הלשכה האחורית). בהתוויה זאת הפעולה מבוצעת על מנת להפחית לחץ במקרי גלאוקומה בזווית סגורה ויכולה להקטין את הסיכון להתקפי גלאוקומה בזווית סגורה במטופלים המיועדים לכך. לעיתים, מבוצעת הפעולה בהתוויות פחות שכיחות כגון במקרי גלאוקומה כתוצאת פיזור פיגמנט בעין או כדי להסיר רקמת קשתית בהתוויות שונות כגון במומים מולדים.

הפעולה מתבצעת בישיבה מול מכשיר לייזר ייעודי. ברוב המקרים הרופא המבצע משתמש בעדשה טיפולית המוצמדת אל קרנית המטופל. המכשיר שולח קרני לייזר ממוקדות אל קשתית העין ויוצר בה נקב זעיר. הפעולה נמשכת בין מספר שניות למספר דקות. צוות ההרדמה המלווה פעולה זאת: **הרדמה מקומית** על ידי 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 אירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג

(YAG LPI) בעין: **ימין/שמאל/שתי העיניים** (להלן, "הפעולה העיקרית"), מד"ר/רפואי:

שם פרטי	שם משפחה

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות טיפול תרופתי בטיפות (לעיתים ביעילות מוגבלת) או ביצוע ניתוח קטרקט (בהתוויות המתאימות).

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, דימום בלשכה הקדמית, התפתחות קטרקט או החמרת קטרקט קיימים. הוסבר לי גם כי עלולים להיגרם סיבוכים נדירים כגון פגיעה בקרנית והופעת כפל ראייה.

הוסבר לי כי לעיתים לא מושגת הצלחה ביצירת הנקב בקשתית ולעיתים יש לחזור על הפעולה.

הוסבר לי כי לעיתים גם הצלחה ביצירת הנקב לא מועילה בהפחתת הלחץ או במניעת התקפי גלאוקומה בזווית סגורה.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך כי ביצוע הפעולה אירידוטומיה פריפרית על ידי לייזר יאג (YAG LPI) 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