

טופס הסכמה לניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או ללא סטנט Dacryocystorhinostomy with or without silicone stenting

מערכת הדמעות חיונית לתפקוד תקין של ניקוז הדמעות ששומרות על פני משטח הקרנית החיצוני של הקרנית. הדמעות נאספות לשק הדמעות וממנו מופרשות לאף. לעיתים מסיבות שונות נוצרת חסימה של דרכי הדמעות שאינה הפיכה ומחייבת יצירת מעקף על מנת לשמר את ניקוז הדמעות התקין מהעין לאף ולמנוע זיהומים. דרך ביצוע הניתוח היא על ידי יצירת פתח המקשר את שק הדמעות באופן ישיר לחלל האף. לפי בדיקת המנתח והחלטתו הניתוח יכול להיות מבוצע בשיטה הפתוחה דרך חתך בעור, או בשיטה אנדוסקופית דרך האף. בשתי השיטות נוצר קשר בין חלל השק לחלל האף ובכך מתאפשר פינוי הדמעות התקין מהעין. במקרים מסוימים תושל צינורית סיליקון שתוסר כעבור זמן מה בהתאם לשיקול המנתח. ישנם מקרים בהם יש צורך השתלת צינורית קבועה אשר תייצר מעקף מלא למערכת הדמעות וזאת בהתאם למקום החסימה המתגלה בזמן הניתוח בגלל חסימה שאינה ניתנת לשחזור – מה שיצריך השתלת צינורית קבועה המחברת בין שק הלחמית לחלל האף בצורה ישירה.

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 יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או ללא סטנט בעין ימין/שמאל (הקף את המתאים).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות, רגישות על פני העפעפיים, דמעת שתגבר לאחר הניתוח למשך הזמן בו הצינורית מושתלת ואף לאחר הוצאתה, אודם בעפעפיים ובלחמית מלווה בהפרשה לעיתים, ותחושת גרד בעפעפיים תתכן תחושת גוף זר בעין. באף תתכן תחושת גוף זר, עלול להיות דימום ותתכן הפרשה לאחר הניתוח או לאורך זמן.

הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: השתלת צינורית קבועה (פירקס), הרחבת פתח הדמעות-פונקטום, תיקון מחיצת האף. הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: צלקת עורית, ארוזיה (שריטה) בקרנית, דימום, זיהום, פגיעה בעין, דמעת קבועה, הצטלקות בדרכי הדמעות, והצטלקויות באף. צורך בניתוחים חוזרים דמעת קבועה, חסימה קבועה הדורשת ניתוחים נוספים, תזוזת הצינורית, נפילת הצינורית או אבדן הצינורית. תתכן גם יצירת גרנולומות באף. בתוך האף תתכן פגיעה במבנים כגון בקונכיות, מחיצה, וסינוסים, וכן במקרים נדירים יצירת סדק בעצם דרכו עשויה להיווצר דליפה של נוזל מח זיהום של קרומי המח.

הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש.

אם הניתוח 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.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

תאריך ושעה חתימת החולה

חתימת אפוטרופוס (במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קרבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

מספר רשיון

חתימת הרופא

שם הרופא