

טופס הסכמה לטיפול לייזר ברשתית Retinal Laser Treatment

רשתית העין, הרקמה הפנימית בחלקו האחורי של גלגל העין, עלולה להיפגע ממגוון מחלות שיגרמו לירידה בחדות הראיה, איכות הראיה ושדה הראיה. במחלות רשתית כגון: רטינופתיה סוכרתית, פגיעה בכלי דם של הרשתית או הדמית, עלולה להתרחש צמיחה של כלי דם פתולוגיים הגורמים לדלף ודימום בעין ואף להפרדות הרשתית. היווצרות קרעים הינם גורם סיכון נוסף להיפרדות רשתית ולפגיעה בשדה הראיה, איבוד ראייה, ואף להצטמקות גלגל העין בחלק מהמקרים.

טיפול בלייזר לרשתית העין עשוי להקטין את הדלף מכלי הדם ואת צמיחת כלי הדם הפתולוגיים. הטיפול בלייזר סביב קרעים וסביב אזורי הפרדות רשתית, מקטין את הסכנה להתפתחות הפרדות רשתית נרחבת ואובדן ראייה.

הטיפול בלייזר מבוצע בתדירות, בהיקף ובעוצמה המותאמים למחלתו של החולה ועל פי שיקול דעתו של הרופא המטפל. לרוב קיים צורך בטיפולים חוזרים עד להשגת השפעה מרבית. לפני הטיפול יינתנו טיפות להרחבת האישון ולאחוש פני שטח העין, והרופא יבצע את הלייזר דרך עדשה שתוצמד לעין.

הטיפול בלייזר מבוצע לרוב בהרדמה מקומית על ידי טיפות ולעיתים תחת הרדמה כללית או הזרקה של חומר הרדמה מאחורי גלגל העין.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

על טיפול לייזר (Focal \ Grid \ Panretinal) לעין ימין \ שמאל \ שתי העיניים (להלן: "הטיפול העיקרי") בשל:

- שגשוג פתולוגי של כלי דם חדשים ברשתית
- בצקת של המקולה
- קרע ברשתית _____
- אחר _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות: טיפול בהקפאה, ניתוח רשתית, וזריקות בנוגדי VEGF או סטרואידים, הסיכויים לשיפור מצב העין, תופעות הלוואי, והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של טיפול בלייזר, לרבות: כאבים וגירוי בעין, דימום תת-לחמית, נקודות שחורות בשדה הראיה ובצקת. או. ברוב המקרים התופעות הללו חולפות מעצמן ובמינוט קטן מהמקרים מצריכות טיפולים נוספים.

כמו כן, הוסבר לי על סיבוכים אפשריים, לרבות: אי סדירות של פני הקרנית, ופגיעה בקרנית; פגיעה בעדשה, דימום בתוך הזגוגית, דימום תוך או תת רשתית, פגיעה תמידית במרכז הראיה, כתם שחור בשדה הראיה, צמצום שדה הראיה, ירידה בחדות הראיה, פגיעה בראיית צבעים, היפרדות רשתית, צמיחה של קרום על פני הרשתית, הפרעה לאקומודציה, והפרדות של הדמית. ידוע לי כי במקרים נדירים מאוד סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט ואף הצטמקות העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנות ו/או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין או למניעת נזק גופני אחר, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות ובמלואן, אך משמעותן הובהרה

החברה לניהול סיכונים ברפואה
בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד חפאי העיניים בישראל



לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואי-נוחות. הוסברו לי הסיכונים, של הרדמה רטרובולברית, אם יוחלט לבצעה, לרבות: חדירת לגלגל העין, פגיעה בעצב הראיה, פזילה, ובמקרים נדירים מאוד עיוורון ואף מוות. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר _____ .

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)	
אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לחולה \ לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	מספר רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה

החברה לניהול סיכונים ברפואה
 בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל
 איגוד חופאי העיניים בישראל

