

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון ליקווי ראייה
על ידי אקסיימר לייזר

PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY BY EXCIMER LASER (PRK)/LASER
ASSLSTED KERA TO MILEUSIS (LASIK)

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה במקרים של קוצר ראייה או רוחק ראייה, שלא באמצעות משקפיים או עדשות מגע. הניתוח לא נועד לתקן את הבעיה הבסיסית בעין ו/או מחלות עיניים אחרות. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית הניתנת באמצעות הזלפת טיפות לעין / עיניים.

שם החולה: _____

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

על ניתוח לתיקון ראייה באמצעות אקסיימר לייזר בשיטת _____ בעין ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי שהחלופות הכירורגיות לשיפור ראייה הן: ביצוע חתכים בקרנית (RK); הסרת שכבות על פני הקרנית (PRK), הסרת שכבות בעומק הקרנית (LASIK); הסרת שכבות בעומק הקרנית בטכניקה שונה (LASER); השתלת עדשה תוך עינית (IOL); הוצאת עדשה שקופה והשתלת טבעות בקרנית וכן הוצאת העדשה הטבעית והחלפתה בעדשה מלאכותית. הוסברו לי יתרונותיהן וחסרונותיהן והתאמתן למצבי.

הוסבר לי ששעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיופטרויות עם או בלי אסטיגמטיזם אך עם זאת קיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה, או שחרות הראייה שתושג לאחר הניתוח תשתנה. במקרים אלה, שיפור הראייה יצריך טיפול נוסף. התנדודות והשינויים בחדות הראייה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנדודות עשויות להמשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח. הוסבר לי שגם אם יושג שיפור יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים ובכל מקרה הניתוח לא בא לשחררני ממשקפי קריאה. לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי לפרק זמן שיקבע על ידי הרופא. טיפול ממושך בטיפות לאחר הניתוח עלול לגרום להתפתחות גלאוקומה או קטרקט. הוסבר לי שהניתוח הינו חדש באופן יחסי ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, יובש בעין שימשך מספר חודשים ורגישות לאור השמש ולתאורה חזקה המתבטאים גם בסנוור ועלולים להמשך מס' חודשים ולהגביל בנהיגה בעיקר בלילה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום שעלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורתה, ובמקרים נדירים ביותר ראייה לקויה מאד עד לאובדן מוחלט של הראייה. רפוי בלתי סדיר של הקרנית עלול להיגרם גם מסיבות אחרות הקשורות בניתוח. כמו כן תתכן עכירות של הקרנית לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק. תתכן צניחת עפעף קלה שחולפת ברב המקרים. במקרים נדירים ביותר עלול להופיע רפוי בלתי סדיר או בלט של הקרנית כשנה או יותר לאחר הניתוח. קיימים מצבים בהם תיקון יתר של קוצר ראייה עלול לגרום לרחק ראייה ולצורך בשימוש במשקפיים. כמו כן קיימים מצבים של מגבלה בהרכבת עדשות מגע לאחר הניתוח.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. ידוע לי כי עירוני דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוני לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוני נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן,

הנהלת בית החולים

נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית(הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית(ויראלית) - ובאיידס(נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות.

לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית בעזרת טיפות אלא אם כן

יוחלט אחרת על ידי הרופא המנתח. 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 יעשו 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 _____

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות: _____

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה _____ מס' רשיון _____