

**טופס הסכמה: ניתוח לתיקון ליקויי ראייה על ידי אקסימר לייזר**  
**PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY BY EXCIMER LASER**  
**(PRK)/LASER ASSISTED KERATO MILEUSIS (LASIK)**  
**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ**  
**НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ЭКСИМЕРНОГО ЛАЗЕРА**

Операция производится с целью улучшения остроты зрения при близорукости и дальнозоркости, которые не поддаются коррекции с помощью очков или контактных линз. Целью операции не является устранение основной причины нарушения зрения и/или излечение других заболеваний глаза.

Операция производится, как правило, под местной анестезией, которая осуществляется путем закапывания капель в глаз/а.

\_\_\_\_\_ данные больного

_____	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
i.n.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
נומער פאספּוּרְטָא	ימָא אָטָא	ימָא	פּאמיליא

Настоящим я декларирую и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора -

_____	שם משפחה
שם פרטי	שם משפחה
ימָא	פּאמיליא

о необходимости операции по нормализации зрения с помощью эксимерного лазера по методу \_\_\_\_\_ на правом/левом глазу\* (в дальнейшем: «Основная операция»).

Мне даны также объяснения, что альтернативными хирургическими методами улучшения зрения являются: нанесение разрезов роговицы (RK); удаление поверхностных слоев роговицы (PRK); удаление глубоких слоев роговицы (LASIK); удаление глубоких слоев роговицы с помощью другой хирургической техники (LASEK); введение внутриглазной линзы (IOL); удаление прозрачной линзы и пересадка колец в роговицу; удаление естественного хрусталика и замена его искусственным.

Мне объяснены преимущества и недостатки перечисленных методик применительно к моему состоянию. Мне объяснено, что результаты операции более благоприятны при степени близорукости 7,0 диоптрий при наличии или отсутствии астигматизма, хотя и при этих обстоятельствах не гарантированы \* Лишнее стереть

желаемые результаты. В равной степени нет гарантии того, что острота зрения, достигнутая в результате операции, не изменится в дальнейшем. В этих случаях для улучшения зрения потребуется дополнительное лечение. Колебания и изменения остроты зрения продолжаются обычно около 3 месяцев, однако в редких случаях колебания зрения могут продолжаться в течение более длительного периода после операции.

Мне объяснено, что даже при улучшении зрения после операции иногда остается необходимость в ношении очков, и во всяком случае операция не освобождает от необходимости использования очков для чтения. После операции необходимо медикаментозное лечение на протяжении определенного периода времени, длительность которого определяется врачом. Продолжительное лечение глазными каплями после операции может способствовать развитию глаукомы или катаракты.

Мне объяснено, что операция является относительно новой, и поэтому отдаленные ее результаты не изучены.

Настоящим я декларирую и подтверждаю, что я поставлен/а в известность о сопутствующих проявлениях после операции, которые состоят в основном в следующем: боль, неудобства, сухость в глазу в течение нескольких месяцев; чувствительность к солнечному свету и к сильному искусственному освещению, которой сопутствует ослепление, причем оно может продолжаться в течение нескольких месяцев, ограничивая возможность вождения автомашины, в особенности в ночное время.

ט 2003 /OPHTL/COR/LAS/0021 יולי



**החברה לניהול סיכונים ברפואה**



**הסתדרות הרפואית בישראל**

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

החברה הישראלית לאולטראסאונד במיילדות וגינקולוגיה

Я также получил/а информацию о возможных перспективах и риске основной операции, в том числе: инфекция, которая может привести к неравномерному заживлению роговицы, ее деформации и, в очень редких случаях, к снижению зрения различной степени, вплоть до полной утраты зрения. Неравномерное заживление роговицы может быть вызвано и другими причинами, связанными с операциями. Кроме того, после операции возможно помутнение роговицы, которое вызывает затуманивание зрения и ощущение выпяшек в глазу.

Возможно легкое опущение века, которое в большинстве случаев проходит. В очень редких случаях наблюдается неравномерное заживление или выпячивание роговицы на протяжении года и более после операции.

В некоторых случаях происходит чрезмерная коррекция близорукости, что приводит к дальнозоркости и требует ношения очков.

Кроме того, после операции может быть ограничена возможность ношения контактных линз.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции. Настоящим я даю свое согласие на проведение местной анестезии с помощью יולי / капель, либо на другой вид обезболивания, если оперирующий врач посчитает это необходимым.

Если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, то соответствующие объяснения будут даны мне врачом-анестезиологом.

Я поставлен в известность, подтверждаю и даю согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом.

Мне также обещано, что основная операция и все другие вмешательства и процедуры будут выполняться лицами, на которых возложена эта обязанность, и при этом мне не было обещано, что выполнение указанных действий будет производиться какими-либо конкретными лицами.

Ответственным за операцию будет \*\* \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה

фамилия врача

תחמת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
	תחמת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной – лицо, лишенное прав, несовершеннолетний или душевнобольной)	שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного \*, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס רישיון номер лицензии	תחמת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

\* Лишнее стереть

\*\* Заполнять только для больного, оперируемого в порядке частной практики



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

החברה הישראלית לאולטראסאונד במיילדות וגינקולוגיה