



מדבקת המטופל



שם המוסד הרפואי / לוגו

גרסה 10/19

טופס הסכמה ל

ה  
ל  
כ  
ר  
י  
ת  
ת

**כריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית**  
**VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT**

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בנייתו מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנוק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית הדורש טיפול בנוסף. במחלות כמו היפרדות רשתית שהינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מקרע ברשתית, מחלות כמו סכרת, חבלות עיניות או מחלות המערבות את מרכז הראיה ברשתית, נפגעת יכולת הרשתית לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה נדרש ניתוח לתיקון המצב כולל הצמדת הרשתית חזרה במידת הצורך. בנייתו מתבצעת כריתה של הזגוגית ולאחריה טיפול ברשתית עצמה כולל שימוש בלייזר במידת הצורך. בסיום הניתוח מושאך בחלל הזגוגיתי חומר חלופי כולל נוזל, גז או סיליקון.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

כללית / אזורית (רטובולברית) / מקומית

שם המטופל:

שם האב

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

אנל מצהירה/ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין ימין/שמאל עם/ בלי ניתוח לתיקון היפרדות רשתית (להלן, "הניתוח העיקרי"), מד"ר/פרופ':

שם פרטי

שם משפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי בתלות במחלה, היקפה וחומרתה ולפי שיקול דעתי של הרופא המטפל. במצב של היפרדות רשתית הוסבר על חלופות אפשריות כולל חיגור או הזרקת גז תוך עינית עם הקפאה (cryopexy) / לייזר. במצבים אחרים הוסבר על חלופות אפשריות כולל הזרקות תוך עיניות של חלבון מסוג anti-endothelial growth factor, הזרקת גז תוך עינית ועוד. הוסברו לי הסיכויים לשיפור במהלך המחלה, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והצורך בטיפול נוסף באם יידרש.

כמו כן, הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות כגון: הסרת הירוד וכי יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים בין השאר בכדי להחזיר את הרשתית למקומה.



מדבקת המטופל

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית. במרבית המקרים תופעות לוואי אלו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול מקומי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום תוך עיני (אנדאופטלמיטיס), דימום, עליה זמנית/ ממושכת בלחץ התוך עיני, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, נזק לעדשה, היווצרות/ התקדמות של הירוד, צניחת העפעף, כפל ראייה, קרע/ים / היפרדות רשתית, הסננה של נוזל בדמית, במרבית המקרים ניתן לטפל בסיבוכים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח לכריתת זוגיות עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

אם הניתוח לכריתת זוגיות עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית יבוצע בהרדמה אזורית (רטרובולברית)/ מקומית הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה המקומית/אזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים לרבות: חדירה לגלגל העין, פגיעה בעצב הראייה, פזילה, ובמקרים נדירים מאד עיוורון. בנוסף, הוסבר לי על 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.

באם תידרש הרדמה כללית, הסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

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

אנני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח לכריתת זוגיות עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית 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 הניתוח העיקרי.

חתימת המטופל

שעה

תאריך

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

שם אפוטרופוס  
(קירבה למטופל)

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

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

קשריו למטופל/ת

שם המתרגם/ת



