

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 10/19

טופס הסכמה ל

**ניתוח להסרת ירוד / Cataract Extraction**

ירוד (קטרקט) הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית שקופה ועיי כך לשפר את הראיה. מטרה זו מושגת במרבית המקרים, אך גם תלויה באיכות ובתקינות שאר המרכיבים של מערכת הראיה. סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. יתכנו מצבים בהם לא ניתן יהיה להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע הוצאת העדשה של המטופל בלבד. ישנם מקרים בהם העדר תנאים מתאימים להשתלת עדשה, יתגלה רק בעת הניתוח. יש להדגיש שלאחר כל ניתוח קטרקט, ייתכן צורך במשקפיים לראיה מיטבית הן לרחוק והן לקרוב. בנייתוח קטרקט המתבצע לאחר שהמטופל עבר ניתוחי תישבורת להסרת משקפיים, חישוב העדשה המושתלת מורכב יותר ולעיתים קרובות יותר יהיה צורך להשתמש במשקפיים, לראיה מיטבית.

קיימות עדשות תוך עיניות מסוגים שונים, שחלקן דורש השתתפות כספית של המטופל. הסוגים השונים של העדשות נועדו לתקן הפרעות תשבורת שונות שאינן קשורות בירוד. סוגי העדשות הקיימות:

- **עדשה חד מוקדית (מונופוקאלית)** - עדשה המעניקה חדות ראייה טובה במרחק אחד בלבד (רחוק, ביניים או קרוב), לשם ראייה טובה בשאר הטווחים יהיה צורך במשקפיים. ניתן לתקן ראייה של כל עין למרחק שונה (רחוק/קרוב) על מנת לצמצם את התלות במשקפיים (מונוויוזן).
- **עדשה בעלת מספר מוקדים (מולטיפוקאלית)** - עדשה עם מספר מוקדי ראייה שמטרתה להקטין את התלות במשקפיים הן לרחוק והן לקרוב.
- **עדשה טורית** - עדשה בעלת יכולת להקטין או לתקן את האסטיגמציה (צילינדר) של הקרנית (מצב בו הקרנית לא בצורה של כדור אלא בצורת ביצה) ולהקטין את התלות במשקפיים, עדשה זו קיימת כעדשה חד מוקדית, רב מוקדית או אקומודטיבית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **מקומית**

**שם המטופל:**

---

שם משפחה      שם פרטי      ת.ז.      שם האב

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע ניתוח להסרת ירוד, (להלן, "הניתוח העיקרי") מד"ר/פרופ':

---

שם פרטי      שם משפחה

---

תאריך      שעה      חתימת המטופל

הניתוח יתבצע בעין ימין/שמאל, עם/בלי השתלת עדשה תוך עינית.

סמן את סוג העדשה:  מונופוקאלית     מולטי פוקאלית     טורית



שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

הוסבר לי כי אחוזי ההצלחה של ניתוח ירוד, גבוהים. כמו כן, הוסבר לי, כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד. הוסבר לי כי מטרת הניתוח הינה שיפור הראיה בלבד וכי הניתוח אינו מטפל בבעיות עיניים אחרות.

הוסברו לי היתרונות והחסרונות של כל עדשה, וסוג העדשה המתאימה למצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח, לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזוגיות, צניחת העדשה לזוגיות (עלול להיות צורך בניתוח נוסף להוצאת העדשה מהזוגיות), תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח, דלקת טוקסית של המקטע הקדמי (TASS), יובש, עלייה זמנית או קבועה של הלחץ התוך עיני, בצקת קרנית זמנית או כרונית, שתצריך לעיתים ניתוח השתלת קרנית והופעת עכירות מאחורי העדשה המושתלת (ירוד משני). בחלק מהמקרים הירוד המשני מצריך טיפול נוסף בלייזר.

סיבוכים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח, היפרדות רשתית ובצקת במרכז הראיה ברשתית (מקולה). במקרים נדירים ביותר עלול להיות מצב של אובדן הראיה בעין המנותחת או אובדן העין.

הוסבר לי כי לסוג העדשה המושתלת יש השפעה על תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים, האופייניים לכל אחת מהעדשות. בהשתלת עדשה טורית תתכן סטייה במיקום העדשה בעין ובעוצמתה, דבר שיוכל לתיקון חלקי של הצילינדר או יצריך ניתוח נוסף לשם תיקון מיקום העדשה או החלפתה. אני מודעת/ת לכך שאין הניתוח מבטיח חוסר תלות במשקפיים אלא הקטנת התלות בהם.

בהשתלת עדשה רב מוקדית (מולטיפוקלית) תיתכן ירידה בניגודיות (קונטרסט), תופעות של הילות וסנוורים, קשיים בראיה באור עמום וכן יתכן קושי בראיה במרחק ביניים. בחלק מן המקרים יש צורך להחליף את העדשה בעקבות התלונות הללו. ידוע לי שהעדשה מקטינה את התלות במשקפיים אך לא ניתן להבטיח אי תלות מוחלטת במשקפיים ויתכן שלתפקודים מסוימים עדיין אזדקק למשקפיים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי 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 העיקרי 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 יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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.

מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

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 הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
שם המתרגם/ת	קשריו למטופל/ת	

