

טופס הסכמה לניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון

Incision and Drainage of Chalazion

מדבקה

כלזיון הינו תגובה דלקתית מקומית המערבת את בלוטות החלב (sebaceous glands) של העפעף, ומתרחשת כאשר תעלת הניקוז של הבלוטה נחסמת. כלזיון יכול לחלוף באופן עצמוני או על ידי טיפול בעיסוי וחימום מקומיים והקפדה על היגיינת (ניקיון) עפעפיים. כאשר אין שיפור בשיטות אלה, ניתן לבצע חיתוך וניקוז כירורגיים של הכלזיון במטרה לנקז את הבלוטה החסומה ולהביא לסיום התהליך הדלקתי.

בניתוח מבוצע ניקוז של הכלזיון על ידי חיתוך בפני השטח הפנימיים או החיצוניים של העפעף. בשלב זה מבוצע ניקוז זהיר של תוכן הכלזיון, עם או ללא כריתה של המעטפת **הדלקתית**, ושימוש בלחץ עדין או חום לשליטה בדימום. לפי שיקול דעת המנתח ניתן להזריק בסוף הניתוח סטרואידים למיטת הכלזיון.

הניתוח יבוצע עין ימין עין שמאל עפעף עליון עפעף תחתון

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: ללא הרדמה כללית אזורית מקומית

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך בביצוע חיתוך וניקוז של כלזיון.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות:

1. הקפדה על היגיינת עפעפיים - כולל שימוש ברטיות חמימות, עיסוי מקומי וניקוי שפת העפעף. שיטה זו עשויה שלא לשפר את הדלקת במידה והכלזיון הוא עמוק.
2. הזרקת סטרואידים מקומית - סטרואידים הינם חומרים נוגדי דלקת. יתכן ויהיה צורך ביותר מזריקה אחת. שיטת טיפול זו עלולה לגרום להבהרה (דה-פיגמנטציה) של העפעף, הצטברות של משקע סטרואידים באתר ההזרקה, או במקרים נדירים מאד לחסימה של כלי דם של הרשתית או הדמית בעין עם סכנה לאבדן ראייה.
3. אי מתן טיפול - אני יכול לבחור שלא לקבל טיפול ולהישאר עם הכלזיון.

הוסבר לי ואני מבין/נה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: צורך בהזרקת סטרואידים, ביצוע חתכים נוספים למוקדים נוספים שנראו, שימוש במחט חמה לעצירת הדימום או נטילת ביופסיה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

1. זיהום או דימום משמעותי
2. כאב כרוני ואי נוחות.
3. שינוי בגוון העור כתוצאה מהניתוח ו/או מהזרקת הסטרואידים.
4. אובדן ריסים באזור הניתוח.
5. היווצרות שניץ (notching) בשפת העפעף באזור הדלקת.
6. גירוי מכאני של פני השטח של העין והקרנית ע"י החתך הניתוחי או הצלקת הניתוחית בעפעף, שעלול לגרום לפגיעה בתאי המציפוי של הקרנית (corneal abrasion) פגיעה בראייה ותחושת גוף זר. מצב זה עלול להצריך שימוש ממושך בתכשירים מקומיים לסיכוך, מניעת זיהומים ולעתים נדירות גם בעדשות מגע טיפוליות.

7. נזק לגלגל העין במהלך הניתוח מכילי ניתוחי כגון סכין הניתוח, מהמחט המשמשת להזרקת חומר ההרדמה או הסטרואידים או מכילי המשמש לצריבת כלי הדם.
8. פגיעה בראיה ועד כדי עיוורון.
9. צניחת עפעף זמנית או קבועה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/נה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כליזיון 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 נארא מדיקל סנטר יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדמים.

אם הניתוח חיתוך וניקוז של כליזיון 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 והסיבוכיים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח להסרת פטרגיום וכל ההליכים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של נארא מדיקל סנטר וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/נת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המטופל	שעה	תאריך
--------------	-----	-------

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

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/נה את הסברי במלואם.

מס' רשיון	חתימה	שם הרופא
-----------	-------	----------

קשריו למטופל	שם המתרגם
--------------	-----------