

טופס הסכמה לניתוח להשתלת קרנית

CORNEAL TRANSPLANTATION

מדבקה

השתלת קרנית מתבצעת כאשר עכירות בקרנית או שינוי בצורתה או נקב בה אינם מאפשרים ראייה מספקת ולא מסכנים את שלמות גלגל העין כולל בצקת של הקרנית אשר גורמת לירידה משמעותית בראייה.

מטרת ההשתלה היא להגיע לראייה טובה יותר ולא לשמור על שלמות העין. יודגש שלשם השגת הראייה האפשרית לעין, יש כמעט תמיד צורך במשקפיים או עדשות מגע ויכולה להיות מושפעת מהניתוח ו/או התפרים בקרנית שמושמים במהלך הניתוח. שיקום הראייה נמשך שנה או יותר בהשתלת קרנית

בעובי מלא, וחודשים ארוכים בהשתלת קרנית בעובי חלקי. הניתוח מוצע כאשר אין חלופה טיפולית אחרת. בחירה שלא לבצע השתלה תביא להמשך המצב הנוכחי, ולעיתים גם להידרדרות נוספת במצב העין והראייה ולתוספת כאבים. שיעור ההצלחה בהשתלת קרנית נע בין 50% ל-90% ותלוי בסוג ההשתלה, בסיבה להשתלה, בהשתלות קודמות ובמצבה של העין המקבלת. כדי להקטין את הסיכון של העברת זיהום בהשתלה, קרנית מוצעת להשתלה רק אחרי סינון ובדיקות מעבדה לצהבת זיהומית נגיפית, בנגיף הכשל החיסוני הנרכש ומחלת העגבת. הבדיקות הנעשות הן: Anti HCV ab, HCV NAT, Anti HTLV I&II Ab, Anti HIV 1&2 Ab P24 Ag, VDRL, TPHA Ab hbs Ag, Anti HBC Ab או בדיקות חלופיות לפי המוסד הרפואי והשינויים בנהלים ובשיטות המעבדה לאורך הזמן.

בניתוח מבוצעת השתלה של קרנית בעובי מלא או בעובי חלקי, עפ"י הצורך. הקרנית נלקחת ממאגר הקרניות של בית החולים ועשויה להגיע ממוסדות רפואיים אחרים בארץ ובעולם. הקרנית המושתלת היא רקמה אנושית אשר נתרמה ללא תמורה ע"י הנפטר בהעדר התנגדות משפחתו (או בהתאם לחוקי מקום התרומה).

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 מרופי/ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

על הצורך בביצוע ניתוח להשתלת קרנית עין ימין עין שמאל

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל השתלה בעובי מלא או חלקי.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח להשתלת קרנית יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הבדיקה כגון: הסרת ירוד (קטרקט) או החלפת עדשה, ניקוז דימום בדמית (כורואיד).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח והוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: סיבוכים במהלך הניתוח כמו דימום תוך עיני, פגיעה בעדשה התוך עינית הטבעית או המלאכותית ופגיעה בלתי הפיכה בראייה עד כדי אובדן ראייה.

סיבוכים בתקופה שלאחר הניתוח כולל דלקת, זיהום, לחץ תוך עיני גבוה או נמוך, קושי בריפוי, הצמדה לא טובה של השתל או התנתקות של השתל וצורך בהחזרתו בניתוחים נוספים, הפרדות רשתית, בצקת במרכז הראייה ברשתית, צניחת עפעף, אי נוחות ויובש, זיהום בחתך הניתוח או בתפרים, הצטלקות, דחיית השתל, פגיעה בשלמות העין מחבלה קלה, עיוות צורת השתל, גלאוקומה, או שינוי במראה וצבע העין. שכיחות הסיבוכים הקשים כ-2%, הקלים שכיחים יותר, עד עשרות אחוזים. מחלות רקע ובעיות קודמות בעין מעלות את הסיכון לסיבוכים.

