

טופס הסכמה לניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה

TRABECULECTOMY

מדבקה

הניתוח מתבצע במטרה להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנזק לעצב הראיה. הורדת הלחץ מתאפשרת על ידי יצירת מערכת ניקוז חילופית שעוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח בחומרים אנטימבוליטיים כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז.

ההרדמה המלווה פעולה זאת: כללית מקומית

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

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

שם פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על ניתוח להורדת הלחץ תוך עיני בעין ימין בעין שמאל (להלן "הניתוח העיקרי")

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכשלון הניתוח, דהיינו, השארת לחץ תוך עיני מוגבר או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים במהלך הניתוח לרבות דימום תוך עיני ואובדן זוגיות. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט) וצחת העפעף.

אני נותן/נת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נידרים אובדן הראיה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה 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