

טופס הסכמה לניתוח לתיקון פזילה

OPERATIONS ON EXTRAOCULAR MUSCLES

מדבקה

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את מנח של העיניים, או הטיית הראש, או תנועות עיניים שאינן נורמטיביות, על ידי חיזוק או החלשה פעולת השרירים החוץ עיניים האחראיים על תנועות העיניים. לאחר ההרדמה, מתבצע מבחן הבדוק את מקור הפגיעה בתנועות גלגל העין. תוצאות המבחן קובעות לעיתים את סוג הניתוח. הניתוח אינו משנה את חדות הראיה בכל עין באופן ישיר ובמבוגרים אינו משפר את הראי, אלא את המראה של המטופל, ולעיתים את התפקוד הדורעיני. הניתוח עשוי להיות שלב טיפולי בסדרת טיפולים אפשריים הכוללים בין היתר: הרכבת משקפים ו/או סגירת אחת העיניים כטיפול בעין עצלה. טיפולים אלה מבוצעים לפני ולפעמים גם אחרי הניתוח, בכל ניתוח מנתחים שריר אחד או יותר, בכל עין אחת או בשתייהן, בהתאם למצב.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או 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 בניתוח לתיקון פזילה בעין ימין בעין שמאל שתי העיניים, בשריר אחד שני שרירים (להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח, הכוללות, הפחתת הפזילה, לרבות שיפור הדרגתי נוסף או הרעה, דהיינו, חזרה למצב הפזילה הקודם, או הופעת פזילה מסוג אחר. במקרים אלה קיימת אפשרות לניתוח נוסף. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות וכפל ראייה חולף. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים במהלך הניתוח לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בשריר, כפל ראייה ובמקרים נדירים ביותר ירידה או אובדן הראייה נפגיעה בצורת העין. בראיה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי, יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות 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 נארא מדיקל סנטר יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר העל ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידימי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של נארא מדיקל סנטר וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בנארא מדיקל סנטר בכפוף 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