

## הזרקה תוך עינית : INTRA-VITREAL INJECTION

מחלות הרשתית והדמית הגורמות לירידה בחדות הראיה, איכות הראיה, ושדה הראיה על רקע צמיחת כלי דם פתולוגיים בעין ודלף מכלי דם בדמית וברשתית מטופלות, בשנים האחרונות, על ידי הזרקה תוך עינית של חומרים נוגדי החלבון (VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor).

המצבים העיקריים בהם מתבצעות הזרקות לתוך העין הם: צמיחת כלי דם מהדמית על רקע ניון מקולרי או מחלות אחרות, רטינופטיה על רקע סוכרת, חסימות כלי דם ברשתית ובצקות של הרשתית. בנוסף, יש אפשרות להזריק סטרואידים לזגוגית העין בטיפול לבצקות של הרשתית ודלקת הענביה.

הטיפול ניתן בהרדמה מקומית, בתכיפות המותאמת למחלתו של החולה ולתגובתו לטיפול. הוסבר לי שקצב הטיפול ומשכו תלויים במידת התגובה לטיפול. ברוב המקרים יש צורך בהזרקות חוזרות, לעיתים פעם בחודש, למשך זמן לא מוגבל.

|  |          |         |        |      |
|--|----------|---------|--------|------|
| שם המטופל:   | שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז. |
| אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר: |          |         |        |      |
| שם הרופא   |          |         |        |      |

|            |     |              |
|------------|-----|--------------|
| תאריך      | שעה | חתימת המטופל |
| 05/12/2021 |     |              |

על הצורך בהזרקה לזגוגית של **עין שמאל** (ציין שם התרופה/ות):  
 אבסטיין/לוסנטיס/אייליה/אוזורדקס/אחר

על הצורך בהזרקה לזגוגית של **עין ימין** (ציין שם התרופה/ות):  
 אבסטיין/לוסנטיס/אייליה/אוזורדקס/אחר

בשל : ניוון מקולרי (AMD) רטוב/בצקת מקלורית/דלקת הענביה/אחר (פרט)

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי על החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות: תכשירים אחרים, טיפול פוטודינמי, וטיפול לייזר. הוסבר לי הסיכויים לשיפור, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלו. הובהר לי שהזרקת אבסטיין לעין, במידה ותבוצע, ניתנת מחוץ להתווית היצרן (OFF LABEL), ולא ידועות השפעותיו לטווח הרחוק.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של הזרקת התרופה לחלל הזגוגית, לרבות: כאבים בעין, דימום תת-לחמי, נקודות שחורות בשדה הראייה, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית, דלקת



הענביה, הפרעות בראיה, רגישות לתרופה המוזרקות ו/או לחומר החיטוי ו/או לאנטיביוטיקה הניתנות במסגרת הטיפול. במרבית המקרים תופעות לוואי אלו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול אך לעיתים לקוח זמן עד להחלמה מלאה.

כמו כן הוסבר לי על הסיבוכים האפשריים, לרבות: היפרדות הרשתית, היווצרות קטרקט, עליית לחץ תוך עיני, דימום תוך עיני, וזיהום חיידקי תוך עיני (אנדופטאלמיטיס). במרבית המקרים ניתן לטפל בסיבוכים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי, לרבות סדרת ההזרקות המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואי-נוחות.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

|              |          |         |              |      |
|--------------|----------|---------|--------------|------|
| שם המטופל:   | שם משפחה | שם פרטי | שם האב       | ת.ז. |
| 05/12/2021   |          |         |              |      |
| תאריך        |          |         | שעה          |      |
| חתימת המטופל |          |         | חתימת המטופל |      |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| שם האפוטרופוס (קירבה) | חתימת האפוטרופוס<br>(במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש) |
|-----------------------|--|

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם

|            |            |               |
|------------|------------|---------------|
| שם הרופא/ה | מספר רשיון | חתימת הרופא/ה |
|------------|------------|---------------|

|          |             |
|----------|-------------|
| המתרגם/ת | קשריו לחולה |
|----------|-------------|



**MRM**  
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

**הסתדרות הרפואית בישראל**  
איגוד רופאי העיניים בישראל

