

ניתוח להסרת פטריגיום / PTERYGIUM REMOVAL

פטריגיום הינו צמיחת הלחמית על פני הקרנית כאשר בעין רגילה נעצרת רקמת הלחמית בגבול בין הלובן לקרנית. במהלך הניתוח מסירים את רקמת הפטריגיום מעל פני הקרנית ומטפלים באופן כירורגי ו/או תרופתי במקום ממנו צמח הפטריגיום על פני הלובן. במקרים מסוימים, לפי שיקול הרופא, מטפלים בחומר אנטי מטבוליטי מקומיות למניעת צמיחה חוזרת של הפטריגיום. ברוב המקרים על מנת להקטין את הסיכוי להישנות של הפטריגיום מבצעים השתלת לחמית אשר נלקחת מאיזור אחר של העין.

על עיתוי הניתוח ושיטת הניתוח מחליטים בהתחשב בגודל הפטריגיום, גיל המטופל, מצב הלחמית ומנח העפעף. הפטריגיום נוטה לחזור בעיקר בגילאים צעירים ושיעור חזרתו יורד עם התקדמות הגיל יחד עם שימוש בשתל לחמית. את שתל הלחמית ניתן לקבע לאזור הכריתה בשני אופנים עיקריים: האחד על ידי תפרים והשני על ידי שימוש בדבק ביולוגי. (בספרות מדווח שיעור חזרות עד 50% ללא שימוש בשתל לחמית ויורד עד ל 15% ואף פחות בטכניקה זו).

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

שם המטופל:

שם

המטופל:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר:

שם הרופא

05/12/2021

תאריך

חתימת המטופל

שעה

על הצורך בביצוע ניתוח פטריגיום בעין ימין/שמאל.

כמו כן, הוסברו לי כי אין חלופות טיפוליות הקיימות לטיפול במצבי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות ודימומים מקומיים בלחמית ובעפעפיים שחולפים בדרך כלל תוך פרק זמן קצר, האפשרות של חזרת הפטריגיום וכי יתכן כי יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח להסרת פטריגיום יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או מניעת נזק גופני כולל לעין לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן 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 בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, שינויים בתשבורת, כפילות בראיה, התפתחות הדבקויות בין העפעף וגלגל העין (סימבלפרון) שעלולים לגרום להגבלה בתנועת העין וכפילות בראיה או משיכה של העפעף ודמעת, אפשרות של תזוזה של מתלה הלחמית מעל איזור הכריתה ו/או התנתקות מלאה, הופעה

של רקמת גרעון (גרנולומה) באזור הכריתה או איזור הכנת מתלה הלחמית. ברוב המקרים יש צורך בטיפול ממשוך בטיפות אנטיביוטיקה וטיפות אנטידלקטיות (סטרואידים) אשר יכולות לגרום לעלית לחץ תוך עיני ו/או גרימה לקטרקט (ירוד) בשימוש ממושך.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח להסרת פטריגיום 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 בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח/הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית / מקומית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח להסרת פטריגיום 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 והסיבוכים 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 יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח להסרת פטריגיום וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

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

05/12/2021

תאריך

חתימת המטופל

שעה

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה _____ מספר רשיון _____ חתימת הרופא/ה _____

שם המתרגם/ת

קשריו לחולה