

טופס הסכמה : ניתוח עפעפיים Blepharoplasty ופטוזיס

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן בעפעפיים. הניתוח אינו מסלק קמטים בצידי העיניים. ניתן לבצע את הניתוח כחלק מניתוחים למתיחת פנים. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה.

שם החולה _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח בעפעף עליון/תחתון/שני העפעפיים; בעין ימין/שמאל/שתי העיניים.

הוסבר לי כי נדרש/לא נדרש אצלי למתוח את העפעף לצד, או כלפי מעלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, יובש בלחמית או דמעת, שטפי דם תת עוריים מסביב לעיניים, אודם בעיניים ותחושת גרד. הצלקות תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תיטשטשנה במידה רבה.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמעה שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה, אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף.

אני נותן בזאת את הסכמתי 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 ותגובות אפשריות לתרופות ההרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר _____.

תאריך _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס וקירבה _____ חתימת האפוסטרופוס _____
במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש

אני מאשר שהסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל החומר לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ מס' רשיון _____ חתימת הרופא _____