

ניתוח עפעפיים / BLEPHORAPLASTY

מטרת הניתוח היא להסיר עודפים של רקמת עור/ שריר/ ושומן בעפעפיים המכסים את העין ומפריעים לשדה הראיה, זאת כחלק משרותי סל הבריאות. לעיתים הניתוח מבוצע למטרות קוסמטיות בעפעף העליון ו/או התחתון וזאת שלא במסגרת שרותי סל הבריאות.

הניתוח אינו מסלק קמטים מצדדי העיניים וקמטוטים קטנים על פני העור, אינו מעלים כהיות מסביב לעיניים ואינו גורם להרמת הגבות. לעיתים משלבים בניתוח גם תיקון צניחת העפעפיים, (פטוזיס), תיקון של גבה צנוחה, או עפעף תחתון רפוי (אקטרופיון).

הוסבר לי כי תוצאות הניתוח אינן נצחיות והן תפחתנה בצורה הדרגתית כחלק מתהליך ההזדקנות בקצב השונה מאדם לאדם.

דרך ביצוע הפעולה: סימון עודפי העור, חיתוך העור לפי הסימון, הסרת העור וחלק מהשריר, לעיתים מבוצעת גם הסרת עודפי שומן, תפירת העור. החיתוך מתבצע באמצעות להב או עיני מחט דיאטרמיה, או מחט חמה אחרת- (כגון : radiofrequency). גם שליטה על הדימום מבוצעת עיני מחט זו, או באמצעות מחט דו – קוטבית או באמצעות לייזר בהתאם לשיקול דעת המנתח

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

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

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 _____

05/12/2021

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח עפעפיים בעין ימין/שמאל/שתי העיניים. (הקף בעיגול את המתאים)

עפעף עליון/ עפעף תחתון/ שניהם (הקף בעיגול את המתאים)

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל אי ביצועו כלל, ולעיתים הזרקות חוזרות של חומרי מילוי לאזורים שונים סביב העיניים, הזרקות קולגן פילינג באמצעים שונים, וטיפולי לייזר שונים לעור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: בחילות והקאות, כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, שטפי דם מסביב לעיניים או דרך הפצע, יובש בלחמית או דמעת, אודם צריבה ותחושת גרד בעיניים, שינויים בראיה לרבות שינויי

פרקציה וצורך בהחלפת המשקפיים. הצלקות עצמן תיראנה ברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה, אולם, מקרוב תמיד תיראנה. ישנם אנשים בהם הריפוי פחות טוב כגון מעשנים, מחלות כרוניות, אנשים בעלי עור כהה ובעלי נטיה לקלואיד).

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח עפעפיים עליונים יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: תוספת ניתוח גבה באמצעות תפרים או חתכים נוספים באיזור הגבות, תוספת ניתוח פטוויס בגישה קדמית – תוך קיצור שריר הלבטור, או בגישה אחורית- תוך קיצור שריר המילר והלחמית, רקמת הטרוסוס או שילוב ביניהם.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, ריפוי איטי ופעירת הפצע, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה (בעפעפיים התחתונים) פגיעה עצבית בתחושה סביב בעיניים, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, שינוי גוון עור באזור המנותח, אסימטריה בין שני צידי העין. סיבוכים הקשורים לעין עצמה לרבות פגיעה בבלוטות הדמע שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, פגיעה בקרנית, ראייה כפולה, הפרעה בסגירת העין ובמקרים נדירים דימום המסכן ראייה עד כדי עיוורון שיצריך ניתוח דחוף, אי שביעות רצון מתוצאות הניתוח, ותגובה נפשית קשה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח עפעפיים עליונים 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 ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם ניתוח עפעפיים עליונים 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/ ומסכים/ה לכך שניתוח עפעפיים עליונים 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 נותנת/ בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

שם המטופל:

שם משפחה / שם פרטי / שם האב / ת.ז.

05/12/2021

תאריך / שעה / חתימת המטופל

אני מאשרת/ 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 האפוטרופוס (קירבה) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש)

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

שם המתרגם/ת / קשריו לחולה