

טופס הסכמה לניתוח

שם הניתוח: _____

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 _____

על הצורך בביצוע ניתוח בעין ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזגוגית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן אפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח שיצריכו הרכבת משקפיים, ובמקרים נדירים אובדן הראיה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית על הקרנית שתצריך השתלת קרנית, היפרדות רשתית ובצקת במקולה. אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי, לרבות טיפולים ולפעולות, הכירורגיים ו/או הרפואיים, הכרוכים בניתוח ו/או בטיפול במהלכו ו/או לאחריו.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות 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 הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום שטחי בלחמית. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

05/12/2021
תאריך

_____ חתימת המטופל

_____ שעה

_____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין)

_____ שם האפוטרופוס (קירבה)

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

_____ חתימת הרופא/ה

_____ מספר רשיון

_____ שם הרופא/ה

_____ קשריו לחולה

_____ שם המתרגם/ת