

## לטיפול לייזר ברשתית : Retinal Laser Treatment

רשתית העין, הרקמה הפנימית בחלקו האחורי של גלגל העין, עלולה להיפגע ממגוון מחלוצ שיגרמו לירידה בחדות הראיה, איכות הראיה ושדה הראיה. במחלות רשתית כגון: רטינופתיה סוכרתית, פגיעה בכלי דם של הרשתית או הדמית, עלולה להתרחש צמיחה של כלי דם פתולוגיים הגורמים לדלף ודימום בעין ואף להפרדות הרשתית. היווצרות קרעים הינם גורם סיכון נוסף להפרדות רשתית ולפגיעה בשדה הראיה, איבוד ראייה, ואף להצטמקות גלגל העין בחלק מהמקרים.

טיפול בלייזר לרשתית העין עשוי להקטין את הדלף מכלי הדם ואת צמיחת כלי הדם הפתולוגיים. הטיפול בלייזר סביב קרעים וסביב אזורי הפרדות רשתית, מקטין את הסכנה להתפתחות הפרדות רשתית נרחבת ואובדן ראייה. הטיפול בלייזר מבוצע בתדירות, בהיקף ובעוצמה המותאמים למחלתו של החולה ועל פי שיקול דעתו של הרופא המטפל. לרוב קיים צורך בטיפולים חוזרים עד להשדת השפעה מרבית. לפני הטיפול יינתנו טיפות להרחבת האישון ולאחוש פני שטח העין, והרופא יבצע את הלייזר דרך עדשה שתוצמד לעין.

הטיפול בלייזר מבוצע לרוב בהרדמה מקומית על ידי טיפות ולעיתים תחת הרדמה כללית או הזרקה של חומר הרדמה מאחורי גלגל העין.

שם המטופל:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר:				
05/12/2021				
תאריך			שעה	
חתימת המטופל			חתימת המטופל	

על טיפול צריבה של הרשתית בלייזר לעין ימין / שמאל / שתי העיניים (להלן: "הטיפול העיקרי") בשל:

שגשוג פתולוגי של כלי דם חדשים ברשתית

בצקת של המקולה

קרע ברשתית

אחר

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי על החלופות הטיפוליות האפשריות בניסבות המקרה, לרבות: טיפול בהקפאה, ניתוח רשתית וזריקות בנוגדי VEGF או סטרואידים, הסיכויים לשיפור מצב העין, תופעות הלוואי, והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של טיפול בלייזר לרבות: כאבים וגירוי בעין, דימות תת-לחמית, נקודות שחורות בשדה הראיה ובצקת. ברוב המקרים התופעות הללו חולפות מעצמן ובמיעוט קטן מהמקרים מצריכות טיפולים נוספים.

כמו כן, הוסבר לי על סיבוכים אפשריים, לרבות: אי סדירות של פני הקרנית, ופגיעה בקרנית; פגיעה בעדשה, דימום בתוך הזגוגית, דימום תוך או תת רשתית, פגיעה תמידית במרכז הראיה, כתם שחור בשדה הראיה, צמצום שדה ראיה, ירידה בחדות ראיה, פגיעה בראיית צבעים, היפרדות רשתית, צמיחה של קרום על פני הרשתית, הפרעה לאקומודציה, והפרדות של הדמית. ידוע לי כי במקרים נדירים מאוד סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראיה מוחלט ואף הצטמקות העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנו ו/או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין או למניעת נזק גופני אחר, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות ובמלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם אלותה 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 שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואי נוחות.

הוסברו לי הסיכונים, של הרדמה רטרובולברית, אם יוחלט לבצעה, לרבות: חדירה לגלגל העין, פגיעה בעצב הראיה, פזילה, ובמקרים נדירים מאוד עיוורון ואף מוות.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 וכי האחראי לניתוח (במקרה של חולה פרטי) יהיה ד"ר \_\_\_\_\_

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

05/12/2021  
תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

שם המתרגם/ת \_\_\_\_\_ קשריו לחולה \_\_\_\_\_

