

גרסה 05/18

טופס הסכמה ל

ENTROPION / ניתוח אנטרופיון

מטרת הניתוח היא להחזיר את העפעף למקומו התקין, למנוע מגע של הריסים עם העין ועל ידי כך למנוע גירוי, אודם, הפרשה, דמעת, כאבים ותחושת גוף זר בעין. ניתוח זה אינו משפר את טשטוש הראיה, שנגרם על ידי מחלות אחרות של העין. הניתוח אינו מבוצע למטרות קוסמטיות

בשל גורמים שונים של האנטרופיון, אנטומיה שונה של כל אדם וקיום בעיות נוספות, ישנם מספר ניתוחים שונים לתיקון הבעיה. ברובם ישנו תיקון של חולשה וצניחת העפעף, הידוקו לעין וקיבועו במצב בו הריסים מורחקים מהעין. במקרים מסוימים יש צורך בהשתלת רקמה כדי לסייע בהרחקת הריסים מהעין.

הניתוח מבוצע באחת או כמה מהדרכים הבאות:

- שחרור העפעף מאחיזתו בעצם הלטרלית של הארובה, שחרור הידוקים ותפירה חוזרת מהודקת לעצם.
- תפרי היפוך אשר משנים את מנח העפעף.
- קיצור העפעף משולב עם תפרי היפוך.
- תוספת שתל להארכת השכבה האחורית של העפעף

הניתוח יבוצע בעין: ימין / שמאל בעפעף: העליון/ תחתון

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 אנטרופיון.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כגון: שימון העין על ידי טיפות ומשחות שונות, קבוע העפעף עם פלסטר, עדשת מגע טיפולית במקרים מסויימים זריקות בוטוקס חוזרות (לא מוכר ע"י כל גורם מבטח ומשולם באופן פרטי כל 3 חודשים ואינו פותר את הבעיה לגמרי), וכמובן להמשיך ללא טיפול עם כל הסבל הנגרם ע"י אנטרופיון ותוך סיכון לפגיעה קשה בעין עד לאיבוד הראיה והעין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: נפיחות מסביב לעין, דמום תת עורי ותת לחמית, דמעת, תחושת גוף זר.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אנטרופיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: שטיפת דמעות, הרחבת דרכי דמעות, הסרת ריסים, לקיחת ביופסיה או לקיחת שתל מחלל הפה

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: חזרה של אנטרופיון, תת תיקון, תיקון יתר, זהום, דמום, מראה אסימטרי, הצטלקות, ראייה כפולה, דמעת או יובש בעין, קושי בהרכבת עדשות מגע, נימול או חוסר תחושה ליד העין, נמק של העפעף, שינוי מפתח העין, חשיפת לובן בעין, שינוי צורה ומיקום של זווית העין ובמקרים נדירים אבוד ראייה. יתכן ויהיה צורך בטיפול או ניתוח נוסף כדי לטפל בסיבוכים אלה. לכל אדם אנטומיה שונה, תגובה שונה לניתוח וריפוי שונה. לכן לא ניתן לצפות מראש את התוצאה הסופית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח אנטרופיון 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 ינתן לי על ידי מרדים.

אם הניתוח אנטרופיון 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/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח אנטרופיון וכל ההליכים העיקריים יעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

שם
המטופל:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

05/12/2021

חתימת המטופל

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

חתימת הרופא/ה

מספר רשיון

שם הרופא/ה

קשריו לחולה

שם המתרגם/ת