

טופס הסכמה ל

ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או ללא סטנט

**Dacryocystorhinostomy with or without silicone stenting**

מערכת הדמעות חיונית לתפקוד תקין של ניקוז הדמעות ששומרות על פני משטח הקרנית החיצוני של הקרנית. הדמעות נאספות לשק הדמעות וממנו מופרשות לאף. לעיתים מסיבות שונות נוצרת חסימה של דרכי הדמעות שאינה הפיכה ומחייבת יצירת מעקף על מנת לשמר את ניקוז הדמעות התקין מהעין לאף ולמנוע זיהומים.

דרך ביצוע הניתוח היא על ידי יצירת פתח המקשר את שק הדמעות באופן ישיר לחלל האף.

לפי בדיקת המנתח והחלטתו הניתוח יכול להיות מבוצע בשיטה הפתוחה דרך חתך בעור, או בשיטה אנדוסקופית דרך האף. בשתי השיטות נוצר קשר בין חלל השק לחלל האף ובכך מתאפשר פינוי הדמעות התקין מהעין. במקרים מסוימים תושלל צינורית סיליקון שתוסר כעבור זמן מה בהתאם לשיקול המנתח. ישנם מקרים בהם יש צורך השתלת צינורית קבועה אשר תייצר מעקף מלא למערכת הדמעות וזאת בהתאם למקום החסימה המתגלה בזמן הניתוח בגלל חסימה שאינה ניתנת לשחזור – מה שיצריך השתלת צינורית קבועה המחברת בין שק הלחמית לחלל האף בצורה ישירה.

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

שם המטופל:

שם

המטופל:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

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 יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או ללא סטנט.

כמו כן, הוסבר לי כי אין חלופה טובה יותר ליצירת מעקף לדרכי דמעות שאינה כירורגית. ניתן להותיר את החסימה במצב זה הדמעת תתמיד וקיימת סכנה לזיהומים חוזרים.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות, רגישות על פני העפעפיים, דמעת שתתגבר לאחר הניתוח למשך הזמן בו הצינורית מושלת ואף לאחר הוצאתה, אודם בעפעפיים ובלחמית מלווה בהפרשה לעיתים, ותחושת גרד בעפעפיים תתכן תחושת גוף זר בעין. באף תתכן תחושת גוף זר, עלול להיות דימום ותתכן הפרשה לאחר הניתוח או לאורך זמן.

הוסבר לי ואני מבינה/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: השתלת צינורית קבועה (פירקס), הרחבת פתח הדמעות- פונקטום, תיקון מחיצת האף.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: צלקת עורית, ארוזיה (שריטה) בקרנית, דימום, זיהום, פגיעה בעין, דמעת קבועה, הצטלקות בדרכי הדמעות, והצטלקויות באף. צורך בניתוחים חוזרים דמעת קבועה, חסימה קבועה הדורשת ניתוחים נוספים, תזוזת הצינורית, נפילת הצינורית או אבדן הצינורית. תתכן גם יצירת גרנולומות באף. בתוך האף תתכן פגיעה במבנים כגון בקונכיות, מחיצה, וסינוסים, וכן במקרים נדירים יצירת סדק בעצם דרכו עשויה להיווצר דליפה של נוזל מח זיהום של קרומי המח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט 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 הניתוח יצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שיצירת מעקף לדרכי הדמעות עם או בלי סטנט 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 נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:  
שם המטופל:

שם משפחה / שם פרטי / שם האב / ת.ז.

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