

ניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף
Evelid lesion removal + reconstruction reconstruction

מטרת הפעולה הפעולה נועדה להסיר נגע מעפעף העין, ושחזור העפעף למנח תפקודי מיטבי. לעיתים תבצע שליחת הנגע לבדיקה היסטופתולוגית.

הניתוח יתבצע בעין ימין/עין שמאל - עפעף עליון / עפעף תחתון / שני העפעפיים או בעין שמאל עפעף עליון / עפעף תחתון / שני העפעפיים. מהלך הניתוח תשלח דגימה להיסטופתולוגיה לאיפיון הנגע.

יש / אין צורך בשליחת חתך קפוא.

לפי שיקול דעתו של המנתח ייתכן ותשלח דגימה בחתך קפוא להערכת שולי הכריתה. במקרה כזה תתכן המתנה בחדר הניתוח או מחוצה לו לקבלת תשובה וייתכנו כריתות נוספות עד לקבלת שוליים נקיים.

לאחר סיום הכריתה יוצע שחזור של העפעף בהתאם למיקום וגודל החסר. ייתכן ויהיה צורך בשחזור הכולל שתל עור מאזור אחר בגוף, או בשחזור בין מספר שלבים המצריך לעיתים השארת העין סגורה למספר ימים או עד לשלב הניתוחי הבא במועד אחר.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (ה ק ק בעיגול את המתאים)

ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית

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 כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי הכוללות: מעקב מרפאתי, במקרים בהם יש חשד לגידול ממאיר, שהינן פחות טובות מכירורגיה הכוללות: טיפולי צריבה, הקפאה, הקרנה או טיפול תרופתי. במקרים בהם אין חשד לגידול ממאיר- ניתן לבצע מעקב בלבד

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: שטפי דם תת עוריים, דימום, יובש, ירידה זמנית בראיה או שינוי במרשם המשקפיים, שינוי בצורת העפעף ואסימטריה בין העיניים, צורך בניחות חוזר להשלמת כריתה לאחר קבלת תשובה

מלאה מהפתולוג או צורך בטיפולים כימותרפיים או קרינתניים בהתאם לתשובה ההיסטופתולוגית, צורך בניחות חוזר להשלמת השחזור, סגירה או פתיחה מופחתים של העפעף, דמעת, כריתת דרכי הדמעות במקרים בהם הנגע מערב אזור זה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: הרחבת החתך בשל ממצא גדול יותר או לצורך שיפור ביכולת הסגירה, במקרים בהם גדול ממאיר מערב חלקים מארובת העין או גלגל העין יתכן ויהיה צורך לבצע הרחבת כריתה שתכלול מבנים אלה וזאת לאחר דיון עם המטופל במעמד הניתוח או במקרים מסוימים יהיה צורך להפסיק הניתוח לצורך הרחבת הברור או דיון במקרה, בנוסף יתכן ויהיה צורך בהזרקת חומר נוגד דלקת, שימוש בתכשיר מעכב דימום בתוך החתך.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: עיוות קוסמטי משמעותי, אבדן ראייה, יובש קבוע, מפתח עין קטן או גדול יותר. מתיחה של העפעף כלפי מטה והפרעות בסגירת העין. דמעת קבועה, אובדן ריסיס תמידי, כפל ראייה, צלקת, הבדלי צבע בעור בין האזורים המנותח לבריא, ירידה בתחושת הריסיס או אזורי הניתוח, כל הסיבוכים – בהתאם לגודל הכריתה הנדרש.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף. 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 כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר 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/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף 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/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

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, קטיין, 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