

ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית
VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL
DETACHMENT

ניתוח לכריתת זגוגית מתבצע במטרה לאפשר העברת האור אל הרשתית במקרים בהם הזגוגית הפכה עכורה כתוצאה ממחלות כמו סכרת או דימום בעין. בניתוח מוחלפת רקמת הזגוגית בחומר מתאים. קיימים מקרים בהם הנזק לזגוגית משולב עם נזק לרשתית הדורש טיפול בנוסף. במחלות כמו היפרדות רשתית שהינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מקרע ברשתית, מחלות כמו סכרת, חבלות עינית או מחלות המערבות את מרכז הראיה ברשתית נפגעת יכולת הרשתית לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה נדרש ניתוח לתיקון המצב כולל הצמדת הרשתית חזרה במידת הצורך. בניתוח מתבצעת כריתה של הזגוגית ולאחריה טיפול ברשתית עצמה כולל שימוש בלייזר במידת הצורך. בסיום הניתוח מושאר בחלל הזגוגי חומר חלופי כולל נוזל, גז או סיליקון.

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

כללית / אזורית (רטובולברית) / מקומית

שם המטופל:

שם

המטופל:

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

6

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר:

שם הרופא

05/12/2021

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע ניתוח לכריתת זגוגית בעין ימין/שמאל *עם/בלי* ניתוח לתיקון היפרדות רשתית.

כמו כן, הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספות כגון: הסרת הירוד וכי יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים בין השאר בכדי להחזיר את הרשתית למקומה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות: כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום תוך עיני, דימום, עליה בלחץ התוך עיני, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת העפעף, כפל ראייה, קרעים ברשתית, היפרדות רשתית, נזק לעדשה, התפתחות מואצת של ירוד (קטרקט), אבדן מוחלט של הראיה בעין והצטמקות גלגל העין.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית 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 (רטובולברית) / מקומית / ההסבר על ההרדמה יינתן לי גם על ידי מרדים במידת הצורך.

אם הניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית יבוצע בהרדמה מקומית / אזורית, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית / אזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית/אזורית 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 לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית 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	שעה	חתימת המטופל	
תאריך			

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
_____	_____

