

פילטרציה לחולי גלאוקומה

TRABECULECTOMY

הניתוח מתבצע במטרה להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנזק לעצב הראיה. הורדת הלחץ מתאפשרת ע"י יצירת מערכת ניקוז חלופית שעוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח בחומרים אנטימטבוליטים כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז. הניתוח מתבצע הרדמה מקומית או כללית.

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

על ניתוח להורדת הלחץ התוך עיני בעין ימין / שמאל * . (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכשלון הניתוח, דהיינו, השארות לחץ תוך עיני מוגבר או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות דימום תוך עיני ואובדן זגוגית. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט) וצניחת העפעף. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימ/ה גם לאותה רחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסרו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

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