



טופס הסכמה: להזרקה תוך עינית INTRA-VITREAL INJECTION

מחלות הרשתית והדמית הגורמות לירידה בחדות ראייה, איכות הראייה, ושדה הראייה על רקע צמיחת כלי דם פתולוגיים בעין ודלף מקלי דם בדמית וברשתית מטופלות, בשנים האחרונות, על ידי הזרקה תוך עינית של חומרים נוגדי החלבון VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor).

המצבים העיקריים בהם מתבצעות הזרקות לתוך העין הם: צמיחת כלי דם מהדמית על רקע ניוון מקולרי או מחלות אחרות, רטינופטיה על רקע סוכרת, חסימות כלי דם ברשתית ובצקות של הרשתית. בנוסף, יש אפשרות להזריק סטרואידים לזגוגית העין כטיפול לבצקות של הרשתית ודלקת הענביה. הטיפול ניתן בהרדמה מקומית, בתכיפות המותאמת למחלתו של החולה ולתגובתו לטיפול. הוסבר לי שקצב הטיפול ומשכו תלויים במידת התגובה לטיפול. ברוב המקרים יש צורך בהזרקות חוזרות, לעיתים פעם בחודש, למשך זמן לא מוגבל.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר :

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הצורך בהזרקה לזגוגית של עין שמאל (ציין שם התרופה/ות): אבסטיין/ לוסנטיס/ אייליה/ אוזורדקס/אחר:

עין ימין (ציין את שם תרופה/ות): אבסטיין/ לוסנטיס/ אייליה/ אוזורדקס/ אחר:

בשל: ניוון מקולרי (AMD) רטוב/ בצקת מקולרית/ דלקת הענביה/ אחר (פרט):

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי על חלופות טיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות: תכשירים אחרים, טיפול פוטודינאמי, וטיפול לייזר. הוסברו לי הסיכויים לשיפור, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי שהזרקה אבסטיין לעין, במידה ותבוצע, ניתנת מחוץ להתווית היצרן (OFF LABEL), ולא ידועות השפעותיו לטווח רחוק.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של הזרקה התרופה לחלל הזגוגית, לרבות: כאבים בעין, דימום תת לחמי, נקודות שחורות בשדה הראייה, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית, דלקת הענביה, הפרעות בראייה, רגישות לתרופה המוזרקת ו/או לחומר החיטוי ו/או לאנטיביוטיקה הניתנת במסגרת הטיפול. במרבית המקרים תופעות לוואי אילו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול אך לעיתים לוקח זמן רב עד להחלמה מלאה.



-2-

כמו כן הוסבר לי על הסיבוכים האפשריים, לרבות: היפרדות רשתית, היווצרות קטרקט, עלית לחץ תוך עיני, דימום תוך עיני, זזיהום חיידיקי תוך עיני (אנדופטלמיטיס). במרבית המקרים ניתן לטפל בסיבוכים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אילו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי, לרבות סדרת ההזרקות המתוכננת. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואי נוחות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

תאריך	שעה	X חתימה
שם האפוטרופוס	קרבת האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימה וחותמת הרופא/ה מס' רישיון

*מחקי/י את המיותר.