



טופס הסכמה: ניתוח להסרת ירוד CATARACT EXTRACTION

הירוד (קטרקט), הוא אחד הגורמים השכיחים ביותר להפרעה בראיה באנשים מבוגרים המצוי בלמעלה מ-2/3 מהאוכלוסייה שמעל גיל 60. הירוד הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית. סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו על ידי הרופא/ה בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. קיימים מצבים בהם לא ניתן להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע רק הוצאת העדשה. ישנם מקרים בהם העדר תנאים להשתלת עדשה יתגלה רק בעת הניתוח.

אצל חלק מהמנותחים ייתכן צורך בהרכבת משקפיים לאחר הניתוח. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית.

שם החולה:

שם המשפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם פרטי ושם משפחה			

על הצורך בביצוע ניתוח ירוד בעין ימין/שמאל* עם/בלי* השתלת עדשה תוך עינית* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזגוגית, נקיעת העדשה, תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן אפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח, שיצריכו הרכבת משקפיים. במקרים נדירים אובדן הראיה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח ולעיתים צורך בהשתלת קרנית, הפרדות רשתית ובצקת במקולה. לעיתים מופיע ירוד משני המצריך טיפול בלייזר.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



-2-

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, יעשו 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

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 הרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס 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

*מחק/י את המיותר