



טופס הסכמה: ניתוח לטיפול בהפרדות רשתית REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לטיפול בהפרדות רשתית מתבצע במטרה להצמיד את הרשתית למקומה. הניתוח מתבצע בשיטות שונות שברוב המקרים משולבות ע"י הזרקת חומר מיוחד לעין. הפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה ונפגעת יכולתה לקלוט גרויי ראייה. הסיבות העיקריות להפרדות רשתית הן: חבלה, מחלות עיניים (קוצר ראייה, ניוון הרשתית) או מחלות כלליות כמו סכרת. טיפול מוקדם ככל האפשר חיוני כדי למנוע נזק בלתי הפיך. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

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 ושם משפחה

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון הפרדות רשתית בעין ימין / שמאל * (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בהפרדות הרשתית מלבד ניתוח ו/או הזרקת גז לעין. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל כך שבחלק מהמקרים יש צורך בנייתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים הכוללים: דימום ושינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפים או שינוי במספר משקפים קודם. סיבוכים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, כפל ראייה, עליית הלחץ התוך עיני, זיהומים, ואף אובדן מוחלט של הראייה בעין המנותחת והצטמקות גלגל העין. 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 לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראייה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ידי מרדים.



-2-

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

שם הרופא/ה המנתח/ת

X

חתימה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

קרבת האפוטרופוס

שם האפוטרופוס

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.

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

• מחק/י את המיותר