



## טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהפרדות 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. הפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה, כתוצאה מחבלה, מחלות עיניים או מחלות כמו סכרת ונפגעת יכולתה לקלוט גירויי ראייה. במקרים אלה מתבצע ניתוח במטרה להצמיד את הרשתית למקומה בשיטות שונות בשילוב עם ניתוח לכריתת הזגוגית והזרקת חומר מיוחד לעין כתחליף לזגוגית.

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 לכריתת זגוגית בעין ימין / שמאל\* עם / בלי \* ניתוח לתיקון הפרדות רשתית (להלן: "הניתוח העיקרי").  
אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב.

הוסברו לי התוצאות המקוות, לרבות האפשרות כי כאשר הניתוח מבוצע גם בשל הפרדות רשתית, יהיה צורך בחלק מהמקרים לבצע ניתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות: כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום, דימום, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר משקפיים קודם, צניחת העפעף, כפילות ראייה, קרעים ברשתית, הפרדות רשתית, נזק לעדשה ואף אבדן מוחלט של הראייה בעין והצטמקות גלגל העין. אם הניתוח כולל גם תיקון הפרדות רשתית אפשריים סיבוכים כמו פזילה, עליית הלחץ התוך עיני והתפתחות מואצת של ירוד (קטרקט).

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 או מיד לאחריו, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים 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 מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



-2-

הסכמתי ניתנת בזאת גם להרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

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

שם פרטי      ושם משפחה

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

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.

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

• מחק/י את המיותר