



## טופס הסכמה: ניתוח לתיקון פזילה OPERATIONS ON EXTRAOCULAR MUSCLES

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את המנח היחסי של העיניים, על ידי קיצור ו/או הארכת השרירים החוץ עיניים האחראיים על תנועות העיניים. הניתוח אינו משנה את חדות הראיה בכל עין, אלא את המראה של המטופל, ולעיתים את התיפקוד הדו-עיני. הניתוח הוא אפשרות טיפולית בסדרת טיפולים אפשריים הכוללים בין היתר: הרכבת משקפיים ו/או סגירת אחת העיניים כטיפול בעין עצלה. טיפולים אלה מבוצעים לפני ו/או אחרי הניתוח. בכל ניתוח מנתחים שריר אחד או שניים, בעין אחת או בשתי, בהתאם למצב.

הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או 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 בניתוח לתיקון פזילה בעין ימין / שמאל / שתי העיניים\*, בשריר אחד / שני שרירים \* (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח הכוללות שינויים בזווית הפזילה לרבות שיפור הדרגתי נוסף או הרעה, דהיינו, חזרה לזווית הפזילה הקודמת או הופעת פזילה מסוג אחר. במקרים אלה קיימת אפשרות לניתוח נוסף.

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות: דימום, זיהום, ובמקרים נדירים ביותר ירידה בראיה.

אני נותן/ת 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 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.



הרצליה  
מדיקל  
סנטר  
-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 העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת 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 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' הרישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\*מחקי/י את המיותר