



טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים BLEPHAROPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן בעפעפיים. הניתוח אינו מסלק קמטים בצידי העיניים. ניתן לבצע את הניתוח כחלק מניתוחים למתיחת פנים. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה.

שם החולה:

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה

על ניתוח בעפעף העליון/תחתון/שני העפעפיים*: בעין ימין/שמאל/שתי העיניים* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי נדרש/לא נדרש* אצלי למתוח את העפעף לצד, ו/או כלפי מעלה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, יובש בלחמית או דמעת, שטפי דם תת עוריים מסביב לעיניים, אודם בעיניים ותחושת גרד. הצלקות תיראנה בברור משך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה. כמו כן, הוסברו הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמע שתגרום להתיבשות הלחמית או דמעת, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה, אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף.

אני נותנת/נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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 ההרדמה ותגובות אפשריות לחומרי הרגעה, שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אני יודעת/ומסכים/לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר**

שם הרופא/ה המנתח/ת



הרצליה
מדיקל
סנטר

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

אני מאשר/ת כי הסברתי 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' הרשיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

*מחקי/ את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.
** מלא/י במקרה של חולה פרטית