



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים BLEPHORAPLASTY

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 מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם 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, או כלפי מעלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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 לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמע שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה, אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף.

אני נותן/ת 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 והסיכוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אני יודע/ת ומסכים/ה 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 **

שם הרופא/ה

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

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

אני מאשר/ת כי הסברתי לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

* מחקי את המיותר והקפי/ בעיגול את המתוכנן.
** מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת.

יחידת כירורגיה פלסטית

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

