



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 לתיקון ליקויי ראייה על ידי אקסימר לייזר PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY BY EXCIMER LASER (PRK) / LASER ASSISTED KERATO MILEUSIS (LASIK)

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראיה במקרים של קוצר ראייה או רוחק ראייה, שלא באמצעות משקפיים או עדשות מגע.
הניתוח לא נועד לתקן את הבעיה הבסיסית בעין ו/או מחלות עיניים אחרות.
הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית הניתנת באמצעות חולפת טיפות לעין / עיניים.
שם החולה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח לתיקון ראייה באמצעות אקסימר לייזר בשיטת _____ בעין ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסבר לי שהחלופות הכירורגיות לשיפור ראייה הן: ביצוע חתכים בקרנית (RK); הסרת שכבות על פני הקרנית (PRK), הסרת שכבות בעומק הקרנית (LASIK); הסרת שכבות בעומק הקרנית בטכניקה שונה (LASEK); השתלת עדשה תוך עינית (IOL); הוצאת עדשה שקופה והשתלת טבעות בקרנית וכן הוצאת העדשה הטבעית והחלפתה בעדשה מלאכותית. הוסברו לי יתרונותיהן וחסרונותיהן והתאמתן למצבי.

הוסבר לי ששעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיאפטריות עם או בלי אסטיגמטיזם אך עם זאת קיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה, או שחדות הראיה שתושג לאחר הניתוח תשתנה. במקרים אלה, שיפור הראיה יצריך טיפול נוסף. התנודות והשינויים בחדות הראיה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנודות עשויות להמשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח.

הוסבר לי שגם אם יושג שיפור יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים ובכל מקרה הניתוח לא בא לשחררני ממשקפי קריאה. לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי לפרק זמן שיקבע על ידי הרופא. טיפול ממושך בטיפות לאחר הניתוח עלול לגרום להתפתחות גלאוקומה או קטרקט. הוסבר לי שהניתוח הינו חדש באופן יחסי ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, יובש בעין שימשך מספר חודשים ורגישות לאור השמש ולתאורה חזקה המתבטאים גם בסנוור ועלולים להמשך מס' חודשים ולהגביל בנהיגה בעיקר בלילה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: זיהום שעלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורתה, ובמקרים נדירים ביותר ראייה לקויה מאד עד לאובדן מוחלט של הראיה. רפוי בלתי סדיר של הקרנית עלול להיגרם גם מסיבות אחרות הקשורות בניתוח. כמו כן תתכן עכירות של הקרנית לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק. תתכן צניחת עפעף קלה שחולפת ברוב המקרים. במקרים נדירים ביותר עלול להופיע רפוי בלתי סדיר או בלט של הקרנית כשנה או יותר לאחר הניתוח.

קיימים מצבים בהם תיקון יתר של קוצר ראייה עלול לגרום לרחק ראייה ולצורך בשימוש במשקפיים.
כמו כן קיימים מצבים של מגבלה בהרכבת עדשות מגע לאחר הניתוח. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית בעזרת טיפות אלא אם כן יוחלט אחרת על ידי הרופא המנתח.
אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.
אני יודעת/ע ומסכים/ה לכך שהניתוח 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 לניתוח יהיה **

שם הרופא/ה	תאריך	שעה
שם הרופא/ה	תאריך	שעה

שם הרופא/ה	תאריך	שעה
שם הרופא/ה	תאריך	שעה

חתימת החולה

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

חתימת הרופא/ה

חתימת הרופא/ה

* מחקי את המיותר
** למלא במקרה של חולה פרטי

יחידת עיניים

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל

