



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 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. ככל ניתוח מנתחים שריר אחד או שניים, בעין אחת או בשתיהן, בהתאם למצב. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית או מקומית.

שם התולה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	שם האב

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 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 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 במלואן, 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. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/מסכים/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.

תאריך	שעה	חתימת החולה	
		שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסכרתי בעל פה 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.

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

* מחקי את המיותר

יחידת עיניים