



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 לטיפול בהיפרדות רשתית

REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

ניתוח לטיפול בהיפרדות רשתית מתבצע במטרה להצמיד את הרשתית למקומה. הניתוח מתבצע בשיטות שונות שברוב המקרים משולבות ע"י הזרקת חומר מיוחד לעין. היפרדות רשתית הינה מצב בו הרשתית מתנתקת ממקומה ונפגעת יכולתה לקלוט גרוויי ראייה. הסיבות העיקריות להיפרדות רשתית הן: חבלה, מחלות עיניים (קוצר ראייה, ניוון הרשתית) או מחלות כלליות כמו סכרת. טיפול מוקדם ככל האפשר חיוני כדי למנוע נזק בלתי הפיך. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם פרטי	שם משפחה		

על הצורך בביצוע ניתוח לתיקון היפרדות רשתית בעין ימין / שמאל * (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בהיפרדות הרשתית מלבד ניתוח ו/או הזרקת גז לעין. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל כך שבחלק מהמקרים יש צורך בניתוחים נוספים כדי להחזיר את הרשתית למקומה. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים הכוללים: דימום ושינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפים או שינוי במספר משקפים קודם. סיכויים נדירים יותר כוללים: צניחת העפעף, כפל ראייה, עליית הלחץ התוך עיני, זיהומים, ואף אובדן מוחלט של הראייה בעין המנותחת והצטמקות גלגל העין. אני נותן 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 להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות 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 במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראייה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ידי מרדים. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא תתם/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

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל

