

**טופס הסכמה: ניתוח להסרת ירוד CATARACT EXTRACTION**

הירוד (קטרקט) הוא אחד הגורמים להפרעה בראיה באנשים מבוגרים המצוי בלמעלה מ- 2/3 מהאוכלוסיה שמעל גיל 60. הירוד הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית. סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו על ידי הרופא/ה בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. קיימים מצבים בהם לא ניתן להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה תבוצע רק הוצאת העדשה. ישנם מקרים בהם העדר תנאים להשתלת עדשה יתגלה רק בעת הניתוח. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית.

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ על הצורך בביצוע ניתוח ירוד בעין ימין/שמאל\* עם/בלי\* השתלת עדשה תוך עינית (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר ומאשר כי הוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד. אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזוגיות, נקיעת העדשה, תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן אפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח שיצריכו הרכבת משקפיים. במקרים נדירים אובדן הראיה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח ולעיתים צורך בהשתלת קרנית, היפרדות רשתית ובצקת במקולה. לעיתים מופיע ירוד משני המצריך טיפול בלייזר.

אני נותן/ת בזאת 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 בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי ד"ר \_\_\_\_\_, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, ייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר \_\_\_\_\_.

_____	_____	_____
חתימת החולה	שעה	תאריך
_____	_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין)	שם האפוטרופוס (קירבה)	

אני מאשר/ת כי הסברתי 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.

_____	_____	_____
רשיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה