

**טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה Trabeculectomy**

הניתוח מתבצע במטרה להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנזק עצב הראיה. הורדת הלחץ מתאפשרת ע"י יצירת מערכת ניקוז חלופית שעוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח בחומרים אנטימטבולטיים כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז. 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 \_\_\_\_\_ על ניתוח להורדת הלחץ התוך עיני בעין ימין / שמאל \* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל האפשרות לכישלון הניתוח, דהיינו, השארות לחץ תוך עיני מוגבר או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיכויים במהלך הניתוח לרבות דימום תוך עיני ואובדן זגוגית. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיבוכים מאוחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט) וצניחת העפעף. 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 לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני 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 במהלך הניתוח העיקרי.

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

אני יודע/ת 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 וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר \_\_\_\_\_.

אני יודע/ת 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 וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר \_\_\_\_\_.

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

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.

ד"ר \_\_\_\_\_ שם הרופא/ה \_\_\_\_\_  
 חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ רשיון \_\_\_\_\_