

**טופס הסכמה: ניתוח הזרקת אוסטין לזוגית Intra Vitreal Avastin Injection**

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 הזרקת אוסטין לזוגית בעין ימין/שמאל\* (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר ומאשר כי הוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול במצב. אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב, אי נוחות, אודם ונפיחות.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, עליה בלחץ התוך עיני שלעיתים דורש טיפול תרופתי ולעיתים ניתוח להורדת הלחץ, שינויים בתשבורת שיצריכו הרכבת משקפיים או שינוי במספר המשקפיים הקודם. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, כפילות ראייה, קרעים ברשתית, הפרדות רשתית, נזק לעדשה ואף אבדן מוחלט של הראיה בעין והצטמקות גלגל העין.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי, לרבות לטיפולים ולפעולות, הכירורגיים ו/או הרפואיים, הכרוכים בניתוח ו/או בטיפול במהלכו ו/או לאחריו. 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 גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר 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.

ידוע לי כי עלות הניתוח \_\_\_\_\_ ₪ (\_\_\_\_₪ חדר ניתוח + \_\_\_\_\_₪ עלות האוסטין + \_\_\_\_\_₪ שכר מנתח).

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

שם האפטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפטרופוס 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 \_\_\_\_\_ רשיון \_\_\_\_\_