

טופס הסכמה: ניתוח הזרקת קנלוג לזוגית Intra Vitreal Kenalog Injection

בצקת מקולרית גורמת לאיבוד הראיה. היא יכולה להופיע במצבים רבים כגון במחלת הסכרת, בעקבות חסימות ורידיית של הרשתית, דלקות של פנים העין (אובאיטיס) ולאחר ניתוח קטרקט. במצבים בהם טיפולים כגון לייזר או טיפות נוגדות דלקת לא עוזרות, הזרקת קנלוג (Triamcinolon Aetamide) לחלל הזגוגית מביא במקרים רבים לספיגת הבצקת ושיפור בחדות הראיה. לעיתים יש צורך בהזרקות נוספות של קנלוג, בכדי להגיע לתוצאה אופטימלית.

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 קנלוג לזוגית בעין ימין/שמאל* בלי ניתוח לתיקון הפרדות רשתית (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, אדם ונפיחות.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, עליה בלחץ התוך עיני שלעיתים דורש טיפול תרופתי ולעיתים ניתוח להורדת הלחץ, שינויים בתשורת 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 בודאות 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 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.

ידוע לי כי עלות הניתוח X ש"ח (X ש"ח חדר ניתוח כולל עלות הקנלוג + X ש"ח שכר מנתח). אם יהיה צורך בניתוח נוסף עלותו תהא X ש"ח (X ש"ח חדר ניתוח כולל עלות הקנלוג + X ש"ח שכר מנתח).

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 _____ חתימת הרופא/ה _____ רשיון _____

