

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון ליקויי ראייה על ידי אקסיימר לייזר LASEK PRK PTK

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה במקרים של קוצר ראייה, רוחק ראייה, אסטיגמציה או שילוב ביניהם, שלא באמצעות משקפיים או עדשות מגע. הניתוח לא נועד לתקן את הבעיה הבסיסית בעין ו/או מחלות עיניים אחרות. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית הניתנת באמצעות הזלפת טיפות לעין / עיניים.

שם המטופל: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____
על ניתוח לתיקון ראייה באמצעות אקסיימר לייזר. הוסבר לי שהחלופות הכירורגיות לשיפור הראייה הן אלו המפורטות במסמך זה והוסברו לי יתרונותיהן וחסרונותיהן בהתאמה למצב העיניים שלי:

LASEK/PRK - לאסק/פי.אר.קיי - הסרת שכבות על פני הקרנית.

PTK - פי.טי.קי - הסרת שכבות על פני הקרנית בשל נגע בקרנית.

Wave Front טיפול ממוחשב לשיפור איכות הראייה

Monovision ניתוח לשיפור הראייה בעין אחת לקרוב ובעין שניה לרחוק.

סוג הניתוח אשר יבוצע במטופל/ת בעין ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי ששעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיופטריות עם או בלי אסטיגמטיזם אך עם זאת קיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה, או שחדות הראייה שתושג לאחר הניתוח תשתנה. במקרים אלה, שיפור הראייה יצריך טיפול נוסף. התנדודות והשינויים בחדות הראייה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנדודות עשויות להמשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח. הוסבר לי שגם אם יושג שיפור יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים ובכל מקרה הניתוח לא בא לשחררני ממשקפי בקריאה. לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי וביקורות לפרק זמן שיקבע על ידי הרופא. טיפול ממושך בטיפות לאחר הניתוח עלול לגרום להתפתחות גלאוקומה או קטרקט. הוסבר לי שהניתוח הינו חדש באופן יחסי ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות:

*החלמה איטית יחסית: כאב, אי נוחות, יובש בעין, רגישות לאור השמש ולתאורה חזקה המתבטאים גם בסנוור בלילה ועלולים להמשך מס' חודשים ואפילו מעבר לכך ולהגביל בנהיגה בעיקר בלילה.

*קיימים מצבים של תיקון ביתר או תיקון בחסר, מצבים העלולים לגרום לרחק ראייה או קוצר ראייה ולצורך בשימוש במשקפיים. כמו כן קיימים מצבים של מגבלה בהרכבת עדשות מגע לאחר הניתוח.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות:

עכירות של הקרנית לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק, תתכן צניחת עפעף קלה שחולפת ברוב המקרים. במקרים נדירים עלול להופיע רפוי בלתי סדיר או בלט של הקרנית -אקטזיה- אשר יכול להביא לכך שידרשו פעולות נוספות כגון התאמת עדשות מגע, השתלת טבעות בקרנית או השתלת קרנית. סיבוך אפשרי נוסף הוא זיהום שעלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורתה. במקרים נדירים ביותר יכולה להתפתח בעקבות הניתוח ראייה לקויה מאד עד לאובדן מוחלט של הראייה. הוסבר לי כי הצלחת הניתוח מותנת במעקב רפואי כנדרש וכן בנטילת תרופות וטיפות עיניים כפי שנרשם על ידי הרופא. הימנעות מכך עלולה לפגום בתוצאות הניתוח. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית בעזרת טיפות אלא אם כן יוחלט אחרת על ידי הרופא המנתח. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס _____ במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל 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 /מס' רשיון _____