

טופס הסכמה: ניתוח להסרת פטריגיום PTERYGIUM REMOVAL

פטריגיום הינו צמחית הלחמית על פני הקרנית כאשר בעין רגילה נעצרת רקמת הלחמית בגבול בין הלוּבן לקרנית. במהלך הניתוח מסירים את רקמת הפטריגיום מעל פני הקרנית ומטפלים באופן כירורגי ו/או תרופתי במקום ממנו צמח הפטריגיום. במקרים מסוימים, לפי שיקול הרופא/ה, מטפלים בחומר אנטי מטבוליטי או בהקרנות מקומיות למניעת צמיחה חוזרת של הפטריגיום. במקרים נדירים יותר, בעיקר לאחר חזרה של הפטריגיום שנתח בעבר, מבצעים השתלת לחמית או קרנית.

על עיתוי הניתוח ושיטת הניתוח מחליטים בהתחשב בגודל הפטריגיום, גיל המטופל, מצב הלחמית ומנח העפעף. הפטריגיום נוטה לחזור בעיקר בגילאים צעירים ושיעור חזרתו יורד עם התקדמות הגיל (בספרות מדווח שיעור חזרות עד 50%). אין חלופות לטיפול הכירורגי בפטריגיום. קיימת אפשרות שלא לנתח כאשר הפטריגיום אינו פעיל, אינו פוגם בראיה ואינו מפריע למטופל מבחינה אסטטית. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית.

שם החולה _____ ת.ז. _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בביצוע ניתוח להסרת פטריגיום בעין ימין/שמאל עם השתלת לחמית ושימוש ב-Mitomycin C (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות לרבות האפשרות של חזרת הפטריגיום. הוסברו לי תופעות הלוואי לרבות כאב, אי נוחות ודימומים מקומיים בלחמית ובעפעפיים שחולפים בדרך כלל תוך פרק זמן קצר. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות זיהום, שינויים בתשבורת, כפילות בראייה, התפתחות הדבקיות בין העפעף וגלגל העין (סימבלפרון) שעלולים לגרום להגבלה בתנועת העין וכפילות בראיה או משיכה של העפעף ודמעת. 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 להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים 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 רופאי בית החולים 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 ראייה. 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 _____ חתימת החולה _____

שם האפוטרופוס וקירבה _____ חתימת האפוטרופוס _____
במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש

אני מאשר שהסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ מס' רשיון _____ חתימת הרופא _____