

טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים Blepharoplasty ופטוויס

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן בעפעפיים. הניתוח אינו מסלק קמטים בצידי העיניים. ניתן לבצע את הניתוח כחלק מניתוחים למתיחת פנים. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה.

שם החולה: _____ שם האב: _____ ת.ז. _____:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח בעפעף עליון/תחתון/שני העפעפיים; בעין ימין/שמאל/שתי העיניים.

הוסבר לי כי נדרש/לא נדרש אצלי למתוח את העפעף לצד, או כלפי מעלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים; יובש בלחמית או דמעת; שטפי דם תת עוריים מסביב לעיניים, אודם בעיניים ותחושת גרד. הצלקות תיראנה בברור משך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמע שתגרומ להתיבשות הלחמית או דמעת, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה, אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף.

אני נותן/ת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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 על הניתוח 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.

_____ ד"ר

_____ שם הרופא

_____ חתימת הרופא

_____ מס' רשיון