

הסכמה לניתוח להשתלת עדשה ARTISAN/ARTIFLEX

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את הראייה באמצעות השתלת עדשה תוך עינית. הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית.

העדשה היא מסוג: _____ **בעין ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי")**

שם משפחה	שם החולה	שם האב	מס' תעודת זהות
<p>אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על השתלת עדשה תוך עינית בעין ימין/שמאל במטרה לשפר את הראייה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסברו לי כל החלופות לניתוח זה. הוסבר לי ששעורי הצלחת הניתוח גבוהים אך עם זאת קיימת אפשרות שלא תושג התוצאה הרצויה, או שחדות הראייה שתושג לאחר הניתוח תשתנה. במקרים אלה שיפור הראייה יתכן ויצריך 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 קריאה. 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 התוצאות המקוות וכן תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות:</p> <p>*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.</p> <p>*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 לרבות: זיהום, דימום, דלקת טוקסית של הלשכה הקדמית (TASS), איבוד הזגוגית, נקיעת העדשה, תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים לתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן האפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח, ובמקרים נדירים אובדן הראייה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת עפעף, תגובה דלקתית כרונית, השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח, ולעיתים נדירות בצורך בהשתלת קרנית, היפרדות הרשתית ובצקת המקולה לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אובדן הראייה.</p> <p>הוסבר לי כי הניתוח יכול לגרום להופעת קטרקט בעדשה הטבעית של העין או הופעת יתר לחץ תוך עיני. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.</p> <p>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 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 נוספים, פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.</p> <p>הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית / סדציה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ידי המרדים. אני יודעת ומסכים/ה שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד ולא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.</p> <p>הנני לאשאר בזאת כי נמסר לרשותי העתק של טופס הסכמה זה.</p>			

תאריך	שעה	חתימת החולה
		שם האפוטרופוס(קירבה)
		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון