



טופס הסכמה לניתוח הרמת העפוף באמצעות מתלה לשדר הפרונטלייס FRONTALIS SLING OPERATION

מדבקה

מטרת הניתוח היא הרמת העפוף על ידי יצירת חיבור בין שריר הגבה לעפוף העליון, חיבור שייפיצה על פעילות שריר העפוף הפגום.

דרך ביצוע הניתוח היא העברת שטל תחת עורו בין שריר הפרונטלייס במצח לבין העפופיים לצורך יצירת קשר ביניהם - כך שלל ידי הרמת המצח מורמים העפופיים.

מקור השטל הינו אחד מה הבאים על פי שיקול המנתה: עצמוני כמו פציה לאטה או פציה טמפורלית - הנוצר מהמטופל מתאר ניתוח נפרד.

* שטל המוני אחר מתרום כדוגמת פציה לאטה.

* שטל חיצוני: סיליקון, חוט ניילון אוoshi, או חומר סינטטי (גורקטס או חומר סינטטי אחר).

השתל מוחדר לתת עור על ידי מחת המשוחרת אל השטל, היא מועברת מתחת לעור ליצירת החיבור מתחת לעור. לאחר חיבור השטל המטפל יפתח את העפוף על ידי הרמת המצח והגבגה, ויסגור את העפוף על ידי שחזור הגבה והמצח. לצורך יצירת המתלה התת עורו מוחדרת מחרט מכובנת ובקצת שלה מחובר שטל המועבר מתחת לעור ולמתה עור ליצירת מתלה הנקשר מתחת לעור. השTEL מהווה קשר בין שריר הפרונטלייס בגלבה לבין העפוף. על ידי פעולה הרמת הגבה, מועלה העפוף העליון.

הניתוח יבוצע עין ימין עין שמאל

צורת ההרדמה המלווה פוליה זאת: ללא הרדמה אזורית כללית מקומית



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתني הסבר מפורט בעלפה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי

על הצורך ביצוע ניתוח להרמת העפוף באמצעות מתלה לשדר הפרונטלייס FRONTALIS SLING OPERATION. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצב ובו קיצור השTEL שריר הלבטו היכול להתאים רק לחלק מן המקרים. במקרים בהם תפקוד השדר לא קיים כלל אין חלופה כירורגית רואיה. עם זאת, ניתן להשאיר המצב על כנו ללא נזק למעט התפתחות עין עצלה בילדים בהם מערכת הראייה לא התפתחה במלואה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מהלך הניתוח להרמת העפוף באמצעות מתלה לשדר הפרונטלייס יתרור שיש צורך לבצע טיפולות טיפולות לשם ביצוע הניתוח כגון: תפער בעפוף תחתון (פרוסט) לצורך הגנה על העין, מעבר לשיטה ניתוחית אחרת לתיקון הצניחה בשל תיקון יתר או חסר.

כמו כן, הוסבו לי הסיכון והסיבוכים האפשריים לרבות: מתאר לא אחיד של העפוף או מתאר השונה מהמתאר לפני הניתוח, אסימטריה במפתח העפופיים, נפיחות באיזור הניתוח, צלקות עוריות וגרנולומות (ציסודות תת עוריות). ניתן זיהום של השTEL, יציאתו דרך העור, קרע שלו או החולשותו - המציגים ניתוח חוזר. במקרים נדירים, הטיפול עלול לגרום לפגיעה בראייה עד כדי אובדן הראייה או עיוורון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מהלך ניתוח להרמת העפוף באמצעות מתלה לשדר הפרונטלייס יתרור שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנוקוט בהליכים אחרים או נוספיםים שלא ניתן לצפות מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרותה, שנייה או ביצוע הליכים אחרים או נוספיםים לרבות פעולה של דעת רופאי TLV מדייקל יהו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה: כללית אזורית חסימה עצבית

הסביר על ההרדמה יינתן לי על ידי המRADIM.



אם הנitionה להרמת העperf בamp; מותלה לשדר הperfונטלייס יבוצע בהרדמה מקומית, הסכמתה ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בבי הזרקה תוך ורידית של חומר הרגעה לאחר שהושברו לי הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שלולות לגרים, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חוליות ובחולים עם הפרעה במערכת נשימה.

אני יודעת/ מסכם/ה לכך שהנitionה להרמת העperf בamp; מותלה לשדר הperfונטלייס כל היליכים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנחלים ולהוראות של-**TLV מדיקל** וכי לא הובטח לי شيء, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים בלבד שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.
אני נותנת/ בזאת הסכמתה לביצוע הטיפול העיקרי.

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכם לכך שמידע שמדובר (**להלן: "המרפאה"**) על ידי ו/או מתבל אודוטוי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/או הנitionה ו/או השירות שMOVED ל (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול ונitionה, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תש"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפא לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו - 1996 - (להלן: **חוק זכויות החולים**) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפא, וימסר על ידי המרפא לצדים שלישים (לרובות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיום יחולו דיני מדינת ישראל. בחתיימת הסכמה זו וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע היליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים בהמשך הנitionה העיקרי כמפורט לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולת נש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיווט הדרוש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר שוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רשות: _____

חתימתה: _____

שם המתורגם: _____

קשריו למטופל

שם המתורגם