



## טופס הסכמתה לניתוח צניחה עפער/עפפאים

### Upper eyelid / eyelids ptosis repair

#### մՃԵԿԻ

шибור במנח עפער עליון באופן חד צדי, או דו צדי להשגת שיפור בשדה הניתוח יתבצע בגישה קדמית דרך חתך קפל עפער עם או ללא הסרת עודף עור/שריר אורוביוקולריס/שומן פרה אפונוירוטוי, על ידי קידום או פליקציה או קיצור של שריר הלבטור advancement / plication / resection, או בגישה אחרת על ידי הסרה של רקמת לחמית / שריר המולר / טרזוס Muller muscle conjunctival resection / fassanella ptosis clamp - puttermas servat procedure clamp. הניתוח יבוצע:  עין ימין  עין שמאל

גורת ההרדמה המלווה פועלה זאת  ללא הרדמה  כללית  אזורית  מקומית

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטיה

שם משפחה

שם המטופל:

--	--	--	--	--	--	--	--

שם המשפחה

--	--	--	--

שעה

--	--	--	--

תאריך

על הצורך ביצוע תיקון  צניחה עפער Upper eyelid  צניחה עפפאים Upper eyelids ptosis repair. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבו ליחסו הטעויות הקיימות, לטיפול במצב, כגון: שימוש המשקפיים עם תומך לעפער, הימנעות מניתוח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבו לי תופעות הלואין, לרבות: דימום מקומי, פגיעה בעין או בראייה, החמרה של יוושם בعينיים או הופעה של יווש חדש בעיניים, תיקון ביטר (רטראקציה של עפער) או תיקון בחסר (צניחה שאրית של עפער), הופעה או החמרה של צניחה בעפער השני (בניתוח חד צדי), חוסר יכולת לסגירה מלאה של העיניים (לגולפתלמוס), אסימטריה בין שני העפפאים, הפרעות בצורת העפער (deformity contour) עפער תלוי מבט כלפי מטה (lid lag) ניצור (פיסטולה) בעובי מלא של עפער, צלקת נראית לעין - מעובה אדומה בולטת או רגינה, בצתת ממושכת בעפפאים, במקרים נדירים נזק לעפער אשרחייב שחזר מאוחר של העפער או ניתוחים נוספים. כן ניתן, שינוי גזoon העור סביב העיניים. ניתן אודם בעיניים, ארוזיה בקרנית עד להיווצרות אבץ בקרנית וצלקת תמידית. בנוסף ניתן וייה צורך בשינוי ברפרקציה (מספר) לרבות הצורך בהתאם לשקפיים חדשים.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מהלך תיקון צניחה עפער/עפפאים, יתרה שיש צורך ביצוע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח, כגון: מעבר לטכנייה אחת לשניה (מלאה המפורחות למעלה) בשל חוסר תוגבה או דימום, עצירת הפעולה בשל דימום שאינו נוצר, שימוש בעדשות מגע להגנה על הקרנית.

כמו כן, הוסבו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: פגיעה בעין או בראייה, עד כדי אובדן ראייה או עיוורון, החמרה של יוושם בعينיים או הופעה של יווש חדש בעיניים, תיקון ביטר (רטראקציה של עפער) או תיקון בחסר (צניחה שאրית של עפער), הופעה או החמרה של צניחה בעפער השני (בניתוח חד צדי), חוסר יכולת לסגירה מלאה של העיניים (לגולפתלמוס), אסימטריה בין שני העפפאים, הפרעות בצורת העפער (contour deformity), עפער תלוי מבט כלפי מטה (lid lag) ניצור (פיסטולה) בעובי מלא של עפער, צלקת נראית לעין - מעובה אדומה בולטת או רגינה, בצתת ממושכת בעפפאים, במקרים נדירים נזק לעפער אשרחייב שחזר מאוחר של העפער או ניתוחים נוספים. כן ניתן שינוי גזoon העור סביב העיניים. ניתן אודם בעיניים ארוזיה בקרנית עד להיווצרות אבץ בקרנית וצלקת תמידית. בנוסף ניתן וייה צורך בשינוי ברפרקציה (מספר) לרבות הצורך בהתאם לשקפיים חדשים.



**TLV  
MEDICAL**

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך תיקון צניחה עפער/עפערפים יתברר שיש צורך להרחב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות, שלא דעת רופאי **TLV MEDICAL** היו חיוניות או דרושות במהלך הנitionה העיקרי.

הוסבר לי, שבמידה והפעולה מתבצעת בהרՃמה:  כללית  אזורית  חסימה עציבית  
ההסביר על ההרՃמה ניתנת לי על ידי המדרדים.

אם הנitionה לתקן צניחה עפער/עפערפים יבוצע בהרՃמה מקומית, הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרՃמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומר הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיבוכים של הרՃמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרכות שונות לחומר הרՃמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעולות גורם, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולץ לב וחוללים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ה ומסכים/ה לכך, שהnitוחה לתקן צניחה עפער/עפערפים וכל ההליכים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם להחלטים ולהוראות של **TLV MEDICAL** וכי לא הובטח לי شيء, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבן שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.

אני מסכים לכך שميدע שמועבר ל-**TLV MEDICAL** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתAKER אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפא בקשר עם הטיפול ו/או הנitionה ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וnitוחה, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלום ווד), ירשם ויישמר על ידי המרפא במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"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, ויימסר על ידי המרפא לצדדים שלישיים ( לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הניל' בקשר להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהולו דיני מדינת ישראל.  
בחתיימתי מטה אני נותנת בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרՃמה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרישים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

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

שם האפוטרופוס (קירה)

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

שם הרופא: \_\_\_\_\_  
שם האפוטרופוס: \_\_\_\_\_  
שם המתרגם: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם