



טופס הסכמה לנitionת נגע מעפעף ושחזור העפעף

Eyelid lesion removal + Eyelid reconstruction

מטרת הפעולה הנועדה להסיר נגע מעפעף העין ושחזור העפעף למנה תפקודי מיטבי. לעתים מתבצע שילוחת הנגע לבדיקה היסטופתולוגית.

MDBKA

הניתוח יתבצע:

- עין ימין עפוף עליון עפוף תחתון שני העפעפים
 עין שמאל עפוף עליון עפוף תחתון שני העפעפים

במהלך הנitionה תשלח דגימה להיסטופתולוגיה לאיפיון הנגע.
 יש אין צורך בשליחת חתך קפוא.

לפי שיקול דעתו של המנתח ייתכן ותשלח דגימה בחתך קפוא להערכת שולי הכריתה. במקרה כזה מיתכן המתנה בחדר הנitionה או מחוץ לו, לקבלת תשובה וייתכו כריותות נוספת עד לקבלת שלולים נקיים.

לאחר סיום הכריתה, יוצע שחזור של העפעף בהתאם למיקום וגודלו החסר. יתכן והוא צורך בשחזרו הכלול, שתל עור מאוזו אחר בגוף, או בשחזרו בין מספר שלבים המצריך לעתים השארת העין סגורה למספר ימים או עד לשלב הנitionוי הבא במועד אחר. מטרת הנitionה היא הרמת העפעף, על ידי יצירתי חיבור בין שריר הגבה לעפוף העליון, חיבור שייפיצה על פעילות שריר העפוף הפגום. צורת ההרדמה המלולה פוליה זאת: ללא הרדמה כללית אזורית מקומית

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

שם המטופל: _____
ת.ז. _____
שם המשפחה: _____
שם פרט: _____
שם משפחה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתني הסבר מפורט בעלפה מפרופי/ד"ר:
שם פרט: _____
שם המשפחה: _____

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

חתימת המטופל: _____
שעה: _____
תאריך: _____

על הצורך ביצוע כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף. (להלן "הניתוח העיקרי")

כמו כן, הוסבו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצב, הכוללות: במעקב רפואי, במקרים בהם יש חשד לנידול ממיאור, שהין פחות טובות מכירורגיה, הכוללות: טיפולן צריבה, הקפהה, הקרנה או טיפול רפואי. במקרים בהם אין חשד לנידול ממיאיר ניתן לבצע מעקב בלבד.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבו לי תופעות הלואה לרבות: שטפי דם תת עוריים, דימום, יובש, ירידיה ומנית בראייה או שינוי במרקם המשקפיים, שינוי בצורת העפעף ואסימטריה בין העיניים, צורך בנitionה חזר להשלמת כריתת לאחר קבלת תשובה מלאה מההפטולוג או צורך בטיפולים כימותרפיים או קריניתיים בהתאם לשובה ההיסטופתולוגית, צורך בנitionה חזר להשלמת השחזר, סגירה או פתיחה מופחתים של העפעף, דמעת, כריתת דרכי הדמעות במקרים בהם הנגע מעורב בזה.

הוסבר לי ואני מבין/ה, שקיימת אפשרות שתוך נitionה כריתת נגע מעפעף ושחזור העפעף יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הנitionה, כגון: הרחבת החתך בשל ממצא גדול יותר או לצורך שיפור ביכולת הסגירה, במקרים בהם גידול ממיאיר מרוב חלקים מאורובת העין או גלגל העין, יתכן והיה צורך לבצע הרחבות כריתת שתכלול מבנים אלה וזאת לאחר דיון עם המטופל במעמד הנitionה או במקרים מסוימים יהיה צורך להפשיק הנitionה לצורך הרחבות הבורא או דין בווקה, בនוסף לכך יהיה צורך חומר נגד דלקת, שימוש בתכשיר מעכב דימום בתוך החתך.

כמו כן, הוסבו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: עיוות קוסמטי משמעוני, אובדן ראייה או עיוורון, יובש קבוע, מפתח עין קטן או גדול יותר. מתיחה של העפעף כלפי מטה והפרעות בסגירות העין. דמעת קבועה, אובדן ריסים תמידי, כפל ראייה, צלקת, הבדלי צבע בעור בין האזור המנותח לבראי, ירידיה בתחוות הראשיים או אזורוי הנitionה, כל הסיבוכים בהתאם לגודל הכריתה הנדרש.



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין ה, שקיים אפשרות שתוך מהלך ניתוח כריטת גע מעפוף ושהזרע העפוף, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנוקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפות מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני, לפחות אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולה של דעת רופאי TLV מדייל היו חיוניות או דרושות במהלך ניתוח/ הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדים: כללית אזורית חסימה עצבית ההסביר על ההרדים יינתן לי על ידי המדרדים.

אם ניתוח כריטת גע מעפוף ושהזרע העפוף יבוצע בהרדים, הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזקרה תוך וורידית של חומר הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בdrogoות שונות לחומר הרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה עלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולץ לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח כריטת גע מעפוף ושהזרע העפוף וכל ההליכים יישו על ידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של TLV מדייל וכי לא הובטה לי שייעשו, ככלם או חלקם, בידי אדם מסוים ובבלב שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

אני נותנת/נת בזאת, הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליים כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דבריUr. אני מסכים לכך שميدיע שמוועבר ל-TLV מדייל (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או ניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית תקשורת. אמצעי תשולם ועוד), רישום ועל ידי המרפאה במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה 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 המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע אליו הנובע ממנו, לרבות, מבלי פגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינתי ישראל. בחתימתה מטה אני נותן בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע ניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיה דרושים או חיוניים במהלך ניתוח העיקרי לעיל.

חתימת החולה

_____ _____
 שעיה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קריבת)

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

שם הרופא: _____
שם האפוטרופוס: _____
שם המתרגם: _____

קשרוי למטופל