

## טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה TRABECULECTOMY

הניתוח מתבצע במטרה להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנוק לעצב הראיה. הורדת הלחץ מתאפשרת ע"י יצירת מערכת ניקוז חלופית שעוקפת את מערכת הניקוז הפגומה של העין. לעיתים משתמשים בעת הניתוח בחומרים אנטימטבוליטיים כדי למנוע את סגירת פתח הניקוז. הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית או כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם חאב	ת. ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על ניתוח להורדת הלחץ התוך עיני בעין ימין / שמאל \* (להלן: "הניתוח העיקרי") הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, הסיכויים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, ועל האפשרות לכשלון הניתוח, דחינו, השארות לחץ תוך עיני מוגבר או אף עלייתו ועל תופעות הלוואי לרבות כאב ואי נוחות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים במהלך הניתוח לרבות דימום תוך עיני ואובדן זוגיות. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיכונים מאחרים לרבות זיהום, היווצרות ירוד (קטרקט) וצניחת העפעף. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט חליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גפני שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה רחבה, שינוי או ביצוע חליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הודמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הודמה מקומית לרבות: דימום, זיהום, פגיעה בעין ובמקרים נדירים אבדן הראיה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל החליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יטל עליו, בהתאם לנחלים ולחוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסיים ומלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד מבפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסכמתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא התם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי חבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
_____	_____	_____