

יש למסור עותק למטופל



טופס הסכמה להסרת גידול / נגע מהעפעפיים

מטרת הניתוח להסיר את הנגע מהעפעפיים בשלמותו או במידה והדבר לא ניתן, חלק ממנו לצורך אבחנה. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית (בתוספת חומרי הרגעה במקרים נדירים).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, יובש בלחמית או דמעת, שטפי דם תת עוריים מסביב לעיניים, אודם בעיניים ותחושת גרד.

ייתכן שהצלקות תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה.

הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמע שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, איבוד דרכי ניקוז בדמעות עם דמעת קבועה, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה, אסימטריה בין שני צידי העין ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף. כמו כן, ייתכן והממצא יחזור וייהיה צורך בניתוח חוזר.

אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר כי יש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים להצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיכונים האפשריים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית או אזורית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

ידוע לי שבמידה והמרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך הערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי (למעט אם נבחר ותואם מראש מנתח לפעולה), וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני הח"מ מודעת/ת לכך שייטכן שבמועד שחזורי, הרופא אשר ינתח אותי / יבצע את הטיפול, לא יהיה נוכח במעמד השחרור. במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

שם המטופל/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הצורך בביצוע ניתוח בעין ימין

שמאל

בעפעף עליון תחתון קנטוס מדיאלי טמפורלי (להלן: "הניתוח העיקרי").

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל/ת _____

שם האפוטרופוס (קרבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת*** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ מספר רישיון _____

שם המתרגם/ת _____ קשריו למטופל/ת _____ *מחקר/י את המיותר