



טופס הסכמה לניתוח חיתוך וניקוז של כלזיון Incision and Drainage of Chalazion

כלזיון הינו תגובה דלקתית מקומית המערבת את בלוטות החלב (sebaceous glands) של העפעף, ומתרחשת כאשר תעלת הניקוז של הבלוטה נחסמת. כלזיון יכול לחלוף באופן עצמוני או על ידי טיפול בעיסוי וחימום מקומיים והקפדה על היגיינת (ניקיון) עפעפיים. כאשר אין שיפור בשיטות אלה, ניתן לבצע חיתוך וניקוז כירורגיים של הכלזיון במטרה לנקז את הבלוטה החסומה ולהביא לסיום התהליך הדלקתי.

הניתוח מבוצע על ידי שימוש במלחצי כלזיון (chalazion clamp) סביב הכלזיון וביצוע חיתוך בפני השטח הפנימיים או החיצוניים של העפעף. בשלב זה מבוצע ניקוז זהיר של תוכן הכלזיון, עם או ללא כריתה של הבלוטה החסומה, ושימוש בלחץ עדין או חום לשליטה בדימום. לפי שיקול דעת המנתח ניתן להזריק בסוף הניתוח סטרואידים למיטת הכלזיון.

צורת ההרדמה המלווה ניתוח זה: (הקף בעיגול את המתאים)
ללא הרדמה / כללית / אזורית / חסימה עצבית / מקומית

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות לטיפול במצבי הכוללות:

1. הקפדה על היגיינת עפעפיים – כולל שימוש ברטיות חמימות, עיסוי מקומי וניקוי שפת העפעף. שיטה זו עשויה שלא לשפר את הדלקת במידה והכלזיון הוא עמוק.
 2. הזרקת סטרואידים מקומית – סטרואידים הינם חומרים נוגדי דלקת. יתכן ויהיה צורך ביותר מזריקה אחת. שיטת טיפול זו עלולה לגרום להבהרה (דה-פיגמנטציה) של העפעף, הצטברות של משקע סטרואידים באתר ההזרקה, או במקרים נדירים לחסימה של כלי דם של הרשתית או הדמית בעין עם סכנה לאבדן ראייה.
 3. אי מתן טיפול – אני יכול לבחור שלא לקבל טיפול ולהישאר עם הכלזיון.
- הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך חיתוך וניקוז של כלזיון יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: צורך בהזרקת חומר נוגד דלקת, ביצוע חתכים נוספים למוקדים נוספים שנראו, שימוש במחט חמה לעצירת הדימום.
- כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות:

1. זיהום או דימום משמעותי.
2. כאב כרוני ואי נוחות.
3. שינוי בגוון העור כתוצאה מהניתוח ו/או מהזרקת הסטרואידים.
4. אבדן ריסים באזור הניתוח.
5. היווצרות שנץ (notching) בשפת העפעף באזור הדלקת.
6. גירוי מכאני של פני השטח של העין והקרנית על ידי החתך הניתוחי או הצלקת הניתוחית בעפעף, שעלול לגרום לפגיעה בתאי הציפוי של הקרנית (corneal abrasion), פגיעה בראייה ותחושת גוף זר. מצב זה עלול להצריך שימוש ממושך בתכשירים מקומיים לסיכוך, מניעת זיהומים ולעתים נדירות גם בעדשות מגע טיפוליות.
7. נזק לגלגל העין במהלך הניתוח מכלי ניתוחי כגון סכין הניתוח, מהמחט המשמשת להזרקת חומר ההרדמה או הסטרואידים או מכלי המשמש לצריבת כלי הדם.
8. פגיעה בראייה ועד כדי עיוורון.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח / הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח / הטיפול העיקרי.

הוסבר לי שבמידה והניתוח מתבצע בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה ינתן לי על ידי מרדים.

חתימת המטופל / אפוטרופוס:

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

אם יבוצע בהרדמה **מקומית**, הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

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

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

אני הח"מ מודעת/לכך שיתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותנת/הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

אני נותנת/בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

שם המטופל/ת:

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

אני מצהירה ומאשרת/בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע חיתוך וניקוז של כלזיון (להלן: "הניתוח העיקרי")

הניתוח יבוצע בעין: ימין
שמאל
בעפעף: עליון
תחתון

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפטרופוס (קרבה)

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

תאריך ושעה

חתימה וחותמת

שם הרופא/ה

קשריו למטופל/ת

שם המתרגם/ת

*מחקי/את המיותר