



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם משפחה:	שם פרטי:
שם האב:	תאריך לידה:	כתובת:
טלפון:	<b>מדבקת פרטי מטופל</b>	

## טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה TRABECULECTOMY

הניתוח מתבצע במטרה להוריד לחץ תוך עיני מוגבר הגורם לנזק 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 האב	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, דהיינו, 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 זגוגית. כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיכונים מאוחרים 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 הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה רחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה 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 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.

תאריך	שעה	חתימת החולה
_____	_____	_____

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

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

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

\* מחקאי את המיותר

יחידת עיניים

ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי העיניים בישראל

