

טופס הסכמה : להזרקה תוך עינית INTRA-VITREAL INJECTION

מחלות הרשתית והדמית הגורמות לירידה בחדות ראייה, איכות הראייה, ושדה הראייה על רקע צמיחת כלי דם פתולוגיים בעין ודלף מכלי דם בדמית וברשתית מטופלות, בשנים האחרונות, על ידי הזרקה תוך עינית של חומרים נוגדי החלבון VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor).

המצבים העיקריים בהם מתבצעות הזרקות לתוך העין הם: צמיחת כלי דם מהדמית על רקע ניוון מקולרי או מחלות אחרות, רטינופטיה על רקע סוכרת, חסימות כלי דם ברשתית ובצקות של הרשתית. בנוסף, יש אפשרות להזריק סטרואידים לזגוגית העין כטיפול לבצקות של הרשתית ודלקת הענביה. הטיפול ניתן בהרדמה מקומית, בתכיפות המותאמת למחלתו של החולה ולתגובתו לטיפול. הוסבר לי שקצב הטיפול ומשכו תלויים במידת התגובה לטיפול. ברוב המקרים יש צורך בהזרקות חוזרות, לעיתים פעם בחודש, למשך זמן לא מוגבל.

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____			
שם משפחה	שם פרטי		

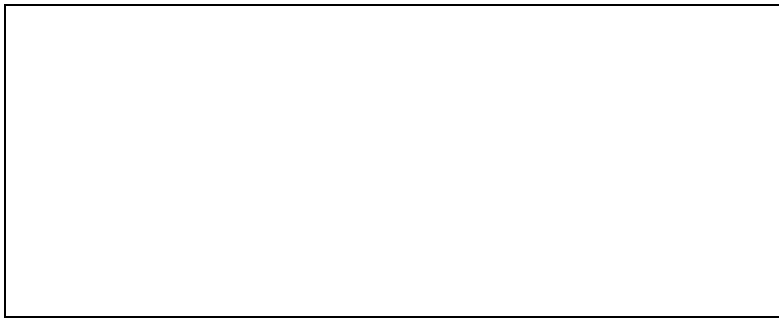
על הצורך בהזרקה לזגוגית של עין שמאל (ציין שם התרופה/ות): אבסטין / לוסנטיס / אייליה / אוזורדקס /

אחר _____

עין ימין (ציין את שם תרופה/ות): אבסטין / לוסנטיס / אייליה / אוזורדקס / אחר _____

בשל: ניוון מקולרי (AMD) רטוב / בצקת מקולרית / דלקת הענביה / אחר (פרט) _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת שהוסבר לי על חלופות טיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות: תכשירים אחרים, טיפול פוטודינאמי, וטיפול לייזר. הוסבר לי הסיכויים לשיפור, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה. הובהר לי שהזרקה אבסטין לעין, במידה ותבוצע, ניתנת מחוץ להתווית היצרן (OFF LABEL), ולא ידועות השפעותיו לטווח רחוק.



אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של הזרקת התרופה לחלל הזגוגית, לרבות: כאבים בעין, דימום תת לחמי, נקודות שחורות בשדה הראיה, בצקת או אי סדירות של פני הקרנית, דלקת הענביה, הפרעות בראיה, רגישות לתרופה המוזרקת ו/או לחומר החיטוי ו/או לאנטיביוטיקה הניתנת במסגרת הטיפול. במרבית המקרים תופעות לוואי אילו חולפות מעצמן או מגיבות לטיפול אך לעיתים לוקח זמן רב עד להחלמה מלאה.

כמו כן הוסבר לי על הסיבוכים האפשריים, לרבות: היפרדות רשתית, היווצרות קטרקט, עליית לחץ תוך עיני, דימום תוך עיני, וזיהום חיידיקי תוך עיני (אנדופטאלמיטיס). במרבית המקרים ניתן לטפל בסיבוכים על ידי תרופות או ניתוחים נוספים, אך במקרים מסוימים סיבוכים אילו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט והצטמקות העין.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי, לרבות סדרת ההזרקות המתוכננת.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, באמצעות טיפות, לרבות: רגישות, אודם ואינוחות.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי 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.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------