



טופס הסכמה: לטיפול בלייזר ברשתית - Retinal Laser Treatment

רשתית העין, הרקמה הפנימית בחלקו האחורי של גלגל העין, עלולה להיפגע ממגוון מחלות שיגרמו לירידה בחדות הראייה, איכות הראייה ושדה הראייה. במחלות רשתית כגון: רטינופתיה סוכרתית, פגיעה בכלי דם של הרשתית או הדמית, עלולה להתרחש צמיחה של כלי דם פתולוגיים הגורמים לדלף ודימום בעין ואף להפרדות הרשתית. היווצרות קרעים הינם גורם סיכון נוסף להפרדות רשתית ולפגיעה בשדה הראייה, איבוד ראייה, ואף להצטמקות גלגל העין בחלק מהמקרים.

טיפול בלייזר לרשתית העין עשוי להקטין את הדלף מכלי הדם ואת צמיחת כלי הדם הפתולוגיים. הטיפול בלייזר סביב קרעים וסביב אזורי הפרדות רשתית, מקטין את הסכנה להתפתחות הפרדות רשתית נרחבת ואובדן ראייה.

הטיפול בלייזר מבוצע בתדירות, בהיקף ובעוצמה המותאמים למחלתו של החולה ועל פי שיקול דעתו של הרופא המטפל.

לרוב קיים צורך בטיפולים חוזרים עד להשגת השפעה מירבית. לפני הטיפול יינתנו טיפות להרחבת האישון ואלחוש פני שטח העין, והרופא יבצע את הלייזר דרך עדשה שתוצמד לעין. הטיפול בלייזר מבוצע לרוב בהרדמה מקומית על ידי טיפות ולעיתים תחת הרדמה כללית או הזרקה של חומר הרדמה מאחורי גלגל העין.

שם המטופל:

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

שם פרטי שם משפחה

על טיפול צריבה של הרשתית בלייזר לעין ימין/שמאל/שתי העיניים (להלן: הניתוח העיקרי) בשל:

- שגשוג פתולוגי של כלי דם חדשים ברשתית
- בצקת של המקולה
- קרע ברשתית _____
- אחר _____

אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת שהוסבר לי על החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות: טיפול בהקפאה, ניתוח רשתית, וזריקות בנגדי VEGF או סטרואידים, הסיכויים לשיפור מצב העין, תופעות הלוואי, והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסבר לי על תופעות הלוואי האפשריות של טיפול בלייזר, לרבות: כאבים וגירוי בעין, דימום תת-לחמית, נקודות שחורות בשדה הראייה ובצקת. ברוב המקרים התופעות הללו חולפות מעצמן ובמיעוט קטן מהמקרים מצריכות טיפולים נוספים.



כמו כן, הוסבר לי על סיבוכים אפשריים, לרבות: אי סדירות של פני הקרנית, ופגיעה בקרנית; פגיעה בעדשה, דימום בתוך הזגוגית, דימום תוך או תת רשתית, פגיעה תמיידית במרכז הראייה, כתם שחור בשדה הראייה, צמצום שדה ראייה, ירידה בחדות ראייה, פגיעה בראיית צבעים, היפרדות רשתית, צמיחה של קרום על פני הרשתית, הפרעה לאקומודציה, והפרדות של הדמית.

ידוע לי כי במקרים נדירים מאוד סיבוכים אלו עלולים לגרום לאובדן ראייה מוחלט ואף הצטמקות העין. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

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, לשנות ו/או לנקוט בהליכים אחרים לצורך הצלת העין או למניעת נזק גופני אחר, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות ובמלואן, 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 ואיננוחות.

הוסברו לי הסיכונים, של הרדמה רטרובולברית, אם יוחלט לבצעה, לרבות: חדירה לגלגל העין, פגיעה בעצב הראייה, פזילה, ובמקרים נדירים מאוד עיוורון ואף מוות.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 וכי האחראי לניתוח (במקרה של חולה פרטי) יהיה ד"ר _____

תאריך	שעה	חתימת המטופל
-------	-----	--------------

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין 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
--------------------	---------------	------------