

טופס הסכמה ניתוח עפעפיים BLEPHAROPLASTY

מטרת הניתוח היא להסיר עודפים של רקמת עור/ שריר/ ושומן בעפעפיים המכסים את העין ומפריעים לשדה הראיה, זאת כחלק משרותי סל הבריאות. לעיתים הניתוח מבוצע למטרות קוסמטיות בעפעף העליון ו/או התחתון וזאת שלא במסגרת שרותי סל הבריאות.

הניתוח אינו מסלק קמטים מצדדי העיניים וקמטוטים קטנים על פני העור, אינו מעלים כהיות מסביב לעיניים ואינו גורם להרמת הגבות. לעיתים משלבים בניתוח גם תיקון צניחת העפעפיים, (פטוזיס), תיקון של גבה צנוחה, או עפעף תחתון רפוי (אקטרופיון).
הוסבר לי כי תוצאות הניתוח אינן נצחיות והן תפחתנה בצורה הדרגתית כחלק מתהליך ההזדקנות בקצב השונה מאדם לאדם.

דרך ביצוע הפעולה: סימון עודפי העור, חיתוך העור לפי הסימון, הסרת העור וחלק מהשריר, לעיתים מבוצעת גם הסרת עודפי שומן, תפירת העור. החיתוך מתבצע באמצעות להב או ע"י מחט דיאטרמיה, או מחט חמה אחרת- (כגון: radiofrequency). גם שליטה על הדימום מבוצעת ע"י מחט זו, או באמצעות מחט דו – קוטבית או באמצעות לייזר בהתאם לשיקול דעת המנתח.
צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: **ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית** (הקף בעיגול את המתאים).

פרטי החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
----------	---------	--------	-----

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה **מפרופ' אסף זלצר** על הצורך בביצוע ניתוח עפעפיים בעין ימין / שמאל / שתי העיניים (הקף בעיגול את המתאים)
עפעף עליון / עפעף תחתון / שניהם (הקף בעיגול את המתאים)
כמו כן, הוסבר לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצבי כולל אי ביצועו כלל, ולעיתים הזרקות חוזרות של חומרי מילוי לאזורים שונים סביב העיניים, הזרקות קולגן פילינג באמצעים שונים, וטיפול לייזר שונים לעור.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לרבות: בחילות והקאות, כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, שטפי דם מסביב לעיניים או דרך הפצע, יובש בלחמית או דמעת, אודם צריבה ותחושת גרד בעיניים, שינויים בראיה לרבות שינויי רפרקציה וצורך בהחלפת המשקפיים. הצלקות עצמן תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה, אולם, מקרוב תמיד תיראנה. ישנם אנשים בהם הריפוי פחות טוב כגון מעשנים, מחלות כרוניות, אנשים בעלי עור כהה ובעלי נטיה לקלואיד.
הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח עפעפיים עליונים יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות לשם ביצוע הניתוח כגון: תוספת ניתוח גבה באמצעות תפרים או חתכים נוספים באזור הגבות, תוספת ניתוח פטוזיס בגישה קדמית – תוך קיצור שריר הלבטור, או בגישה אחורית- תוך קיצור שריר המילר והלחמית, רקמת הטרסוס או שילוב ביניהם.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, ריפוי איטי ופעירת הפצע, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה (בעפעפיים התחתונים) פגיעה עצבית בתחושה סביב בעיניים, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, שינויי גוון עור באזור המנותח, אסימטריה בין שני צידי העין.

סיבוכים הקשורים לעין עצמה לרבות פגיעה בבלוטות הדמעה שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, פגיעה בקרנית, ראיה כפולה, הפרעה בסגירת העין ובמקרים נדירים דימום המסכן ראיה עד כדי עיוורון שיצריך ניתוח דחוף, אי שביעות רצון מתוצאות הניתוח, ותגובה נפשית קשה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך ניתוח עפעפיים עליונים יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. 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 והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית הסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אם ניתוח עפעפיים עליונים 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 מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי אחראי לניתוח יהיה פרופ' אסף זלצר

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ת
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס* / למתרגם/ת של החולה את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
שם המתרגם/ת		קשרו למטופל/ת

*מחק/י את המיותר

** מלא במקרה של חולה פרטי/ת