

Clinics

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.
Haifa 13 Sherit Hapleta st.
Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441

Tel. 972-4-8550930 טל'
Tel. 972-4-8550931 טל'
Tel. 972-4-9824777 טל'
Fax. 972-4-8550929 פקס

www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניא
נהריה - רח' סוקולוב 21

טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים BLEPHORAPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן בעפעפיים, הניתוח אינו מסלק קמטים מצידו העיניים. לעיתים משלבים בניתוח גם תיקון צניחת העפעפיים (פטוזיס). ניתן לבצע את הניתוח כחלק מניתוח למתיחת פנים. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה.

שם פרטי _____ משפחה _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____ על ניתוח בעפעף העליון/התחתון/שני העפעפיים*; בעין ימין/שמאל/שתי העיניים*. (להלן "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי כי נדרש/לא נדרש* אצלי למתוח את העפעף לצד, ו/או כלפי מעלה, עם/בלי תיקון פטוזיס.

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, בחילות והקאות, יובש בלחמית או דמעת, שטפי דם תת עוריים מסביב לעיניים, אודם בעיניים ותחושת גרד, הצלקות תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה במידה רבה, אולם, מקרוב תמיד תיראנה.

כמו כן, הוסבר לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמעה שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, שריטה בקרנית, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה (בעפעפיים התחתונים), אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף. במקרים של תיקון פטוזיס יש לעיתים צורך בטיפול ב-2 העיניים, עלולה להיות אסימטריה בין העפעפיים, כמו כן עלולה להיות פגיעה מוקדמת או מאוחרת בקרנית עקב התפרים הפנימיים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית, אם תיבחר, יינתן לי על ידי מרדים. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים/ה 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 מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.
חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ תאריך: _____ שעה: _____

אני מאשרת/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם. חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____