



טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים BLEPHORAPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן בעפעפיים. הניתוח אינו מסלק קמטים מצידו העיניים. ניתן לבצע את הניתוח כחלק מניתוח למתיחת פנים.

הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
שם משפחה	שם פרטי		

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי שם משפחה

על ניתוח בעפעף העליון/התחתון/שני העפעפיים*; בעין ימין/שמאל/שתי העיניים*. (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי כי נדרש/לא נדרש* אצלי לניתוח את העפעף לצד, ו/או כלפי מעלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, 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. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמע שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה, אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לחומרי הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי 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 וכי האחראי על הניתוח יהיה**

שם הרופא/ה

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפרוט 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
------------	---------------	-----------

*מחקי/את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.
**מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת.

