

טופס הסכמה:

ניתוח לתיקון ליקויי ראייה על ידי אקסיימר לייזר LASEK/ PRK

אני _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

מצהירה/ה בזאת ומאשר/ת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח לתיקון ראייה באמצעות אקסיימר לייזר. הוסברו לי החלופות הכירורגיות לשיפור וכן הוסברו לי יתרונותיהן וחסרונותיהן בהתאמה למצב העיניים שלי:

- LASEK/PRK: הסרת שכבות על פני הקרנית.
- Wave Front: טיפול ממוחשב לשיפור איכות הראייה.
- Monovision: ניתוח לשיפור הראייה בעין אחת לקרוב ובעין שניה לרחוק.

סוג הניתוח אשר יבוצע במטופל/ת בעין ימין/שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי"):

הניתוח מתבצע במטרה לשפר את חדות הראייה במקרים של קוצר ראייה, רוחק ראייה, אסטיגמציה או שילוב ביניהם, שלא באמצעות משקפיים או עדשות מגע.

הניתוח לא נועד לתקן את הבעיה הבסיסית בעין ולא ימנע התפתחות טבעית של בעיות בעיניים הקשורות למחלות בעין או לגיל, כמו למשל: התפתחות גלאוקומה, קטרקט, מחלות ודימומים ברשתית, ו/ או מחלות עיניים אחרות.

הניתוח מתבצע בדרך כלל בהרדמה מקומית הניתנת באמצעות הזלפת טיפות לעין / עיניים. הוסבר לי כי תהליך ההחלמה מהניתוח קשור ביכולת ההחלמה של העין והוא אישי לכל מטופל ומטופל.

תיתכן תוצאה אופטית שתבוא לידי ביטוי בתת-תיקון או תיקון יתר (Over correction/Under Correction). תתכן אפשרות שלאחר התוצאות הראשוניות של הניתוח תתפתח נסיגה. הוסבר לי ששעורי הצלחת הניתוח גבוהים יותר כאשר מדובר בקוצר ראייה של עד 7.0 דיופטרים עם או בלי אסטיגמטיזם. ככל שהמספר לפני הניתוח יהיה גבוה יותר, הסיכוי לנסיגה של התוצאה הוא גדול יותר. לעיתים יהיה צורך בניית משלים כדי להגיע לתוצאה יותר מדויקת ואופטימלית. במצבים מסויימים לא יהיה ניתן לבצע טיפול משלים בשל מבנה הקרנית ועובייה או משיקולים רפואיים אחרים.

ריפוי רקמת הקרנית והתגובה לטיפול הלייזר שונים מאדם לאדם. התנדודות והשינויים בחדות הראייה נמשכים בדרך כלל כשלושה חודשים, אך במקרים נדירים התנדודות עשויות להמשך גם תקופה ארוכה לאחר הניתוח.

למרות סיכויי ההצלחה הגבוהים בדרך כלל, הוסבר לי כי לא ניתן להבטיח ראייה מושלמת (6/6 או מספר/צילינדר של 0 לאחר הטיפול). הוסבר לי שגם אם יושג שיפור יהיה לעיתים צורך בהרכבת משקפיים או עדשות מגע גם לאחר הניתוח. כמו כן קיימים מצבים של מגבלה בהרכבת עדשות מגע לאחר הניתוח.

בכל מקרה ניתוח הלייזר אינו מונע התפתחות פרסביופיה (זקן העין) – מצב המחייב הרכבת משקפי קריאה לראייה ולעבודה מקרוב. תהליך זה קורה בסביבות גיל 40 ואילך לרוב האוכלוסייה.

חתימת המטופל: _____ חתימת הרופא: _____

 המשך בצד השני

בניתוח לייזר מסוג Monovision, מתכננים ראייה טובה לרחוק בעין אחת, וראייה לקרוב בעין השנייה. ניתוח זה לא מבטיח שהראייה מקרוב תהיה ברורה ללא משקפיים או עדשות מגע כיוון שהדבר תלוי בקצב התפתחות זוקן הראייה בעין. בנוסף יתכן ויהיה צורך במשקפי נהיגה בלילה. במקרה שלא תהיה הסתגלות טובה לניתוח Monovision, תישקל אפשרות לבצע ניתוח משלים/מתקן ולאזן את הראייה בשתי העיניים למרחק.

לאחר הניתוח יש צורך בטיפול תרופתי וביקורות לפרק זמן שיקבע על ידי הרופא. טיפול ממושך בטיפות לאחר הניתוח עלול לגרום להתפתחות גלאוקומה או קטרקט. הוסבר לי שהניתוח הינו חדש באופן יחסי ולכן לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שהוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: החלמה איטית יחסית: כאב, אי נוחות, יובש בעין, רגישות לאור השמש ולתאורה חזקה המתבטאים גם בסנוור בלילה, הילות או ראייה כפולה ועלולים להמשך מס' חודשים ואפילו מעבר לכך ולהגביל בנהיגה בעיקר בלילה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי, לרבות: עכירות של הקרנית (Haze) לאחר הניתוח שעלולה לגרום לטשטוש ראייה ולבוהק, תתכן צניחת עפעף קלה שחולפת ברוב המקרים. במקרים נדירים עלול להופיע רפוי בלתי סדיר או בלט של הקרנית -אקטזיה- אשר יכול להביא לכך שידרשו פעולות נוספות כגון התאמת עדשות מגע, השתלת טבעות בקרנית, קרוס לינקינג או השתלת קרנית. סיבוך אפשרי נוסף הוא זיהום שעלול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עיוות צורתה או יצירת צלקת בקרנית. במקרים נדירים ביותר יכולה להתפתח בעקבות הניתוח ראייה לקויה מאד עד לאובדן מוחלט של הראייה. הוסבר לי כי הצלחת הניתוח מותנת במעקב רפואי כנדרש וכן בנטילת תרופות וטיפות עיניים כפי שנרשם על ידי הרופא. הימנעות מכך עלולה לפגום בתוצאות הניתוח.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית בעזרת טיפות אלא אם כן יוחלט אחרת על ידי הרופא המנתח. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ם ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של "עיניים" באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

הריני להצהיר בזאת כי טרם קבלת כדור ההרגעה קראתי בעיון את טופס ההסכמה והבנתי את מלוא הסיכונים והסיכונים הכרוכים בניתוח זה.

חתימת המטופל

תאריך

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

שם האפוטרופוס(קירבה)

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

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה
* מחקי את המיותר