



## טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים BLEPHORAPLASTY

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

הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה כללית.

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי 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 התחתון לצד, ו/או כלפי מעלה.

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסברו 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 תמיד תהיה אסימטריה קלה בין העיניים ויתכן שינוי בראייה שיצריך החלפת מספר במשקפיים.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, בצקת, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף או סגירה לא שלמה של העין, פגיעה בבולטות הדמעה שתגרום להתייבשות הלחמית או דמעת, שריטה בקרנית, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה (בעפעפיים התחתונים), אסימטריה משמעותית בין העיניים, פזילה, פגיעה בשריר המניע את גלגל העין או העפעף, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף ואף פגיעה בראייה.

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי רופא מרדים.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה 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/מסכימה גם לאותה

הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים/מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), 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 סיבוך 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 בדרך-כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני 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 מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/ת / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

חתימת המטופל/ת / אפוטרופוס בפעם השנייה:

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

אני מאשר כי הסברתי למטופל/ת / אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחרי ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ חותמת וחתימה \_\_\_\_\_