



עפעפיים - מתיחה טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים BLEPHORAPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן בעפעפיים, הניתוח אינו מסלק קמטים מצדי משלבים בניתוח גם תיקון צניחת העפעפיים (פטוזיס). ניתן לבצע את הניתוח כחלק מניתוח למתיחת פנים.

בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה. **שם מלא** _____ **ת.ז.** _____

מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח **בעפעף העליון/התחתון**

העפעפיים*; בעין ימין/שמאל/שתי העיניים*. (להלן "הניתוח העיקרי"). הוסבר לי כי **נדרש/לא נדרש* אצלי**

את העפעף לצד, ו/או כלפי מעלה, עם/בלי תיקון פטוזיס. אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסברו

לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, בחילות והקאות, יובש בלחמית או דמעת, שטפי

עוריים מסביב לעיניים, אודם בעיניים ותחושת גרד, הצלקות תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר

במידה רבה, אולם, מקרוב תמיד תיראנה. כמו כן, הוסברו לי סיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, הופעת

התפרים, צלקות בולטות, שינוי בצורת מפתח העין, משיכה של העפעף, פגיעה בבלוטות הדמעה שתגרום

הלחמית או דמעת, שריטה בקרנית, כאב כרוני באזור המנותח, נשירת ריסים זמנית או קבועה (בעפעפיים

אסימטריה בין שני צידי העין, ובמקרים נדירים דימום שיצריך ניתוח דחוף. במקרים של תיקון פטוזיס יש לעיתים

ב-2 העניים, עלולה להיות אסימטריה בין העפעפיים, כמו כן עלולה להיות פגיעה מוקדמת או מאוחרת

הפנימיים. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית

עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית, אם תידרש, יינתן לי על ידי מרדים. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר בזאת

מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט

אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת

במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים

לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/ה לצילום

ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד, ומעקב. הוסבר לי כי רפואה, וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע

למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם

לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק

שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או

בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ

בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל
או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת
בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה

ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם: חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____

_____.