

טופס הסכמה: טיפול צילוב קולגן לצורך חיזוק הקרנית

TREATMENT COLLAGEN CROSS-LINKING

קיימים מספר מצבים המתבטאים בהיחלשות דופן הקרנית. קרטוקונוס היא מחלה ניוונית של הקרנית המתבטאת בהיחלשות דופן הקרנית, הדקקות ובלט שלה, וכתוצאה מכך הופעה של עיוות לא סימטרי של הקרנית ובשלב מתקדמים יותר הצטלקות. שינויים אלה, פוגעים ביכולת הקרנית למלא את תפקידה כעדשה, הממקדת את קרני האור על הרשתית לקבלת תמונה. לרוב המחלה מתחילה בגיל העשרה ומתקדמת לאורך עשרות שנים. קצב ההתקדמות וחומרת המחלה שונים מאדם לאדם, ואף בין עין אחת לשנייה באותו אדם. מצב דומה של בלט והחלשות קרנית ייתכן לאחר ניתוח לייזר להסרת משקפיים (אקטזיה של הקרנית) ומחלות אקטיות אחרות של הקרנית.

טיפול בשיטת צילוב קולגן (CROSS-LINKING) נועד להקשתת הקרנית ויצובה במצבים בהם הקרנית דקה וחלשה, לצורך עצירת התקדמות המחלה, על רקע קרטוקונוס ו/או מחלות ומצבים בהם נגרמת החלשות (אקטזיה) של הקרנית (Pellucid marginal degeneration).

בטיפול מסירים את שכבת תאי הציפוי של הקרנית (אפיטל), מטפטים לעין טיפות ריבופלבין (ויטמין B2) ומקרינים אור אולטראסגול (UV-A) על הקרנית. הטיפול גורם לתהליך של יצירת קשרי צילוב בין סיבי הקולגן בקרנית, על מנת למנוע את המשך התהליך.

הטיפול אינו מיועד לשיפור איכות הראיה ואינו מהווה תחליף לכל אמצעי לשיפור הראיה כגון משקפיים, עדשות מגע וכו'. הטיפול הינו חדש יחסית.

הטיפול מבוצע לרוב בהרדמה מקומית באמצעות טיפות אילחוש.

המטופל/ת:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת. זהות
אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם משפחה	שם פרטי		

על טיפול בשיטת CROSS-LINKING בעין ימין/שמאל (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסברו לי החלופות הטיפוליות, יתרונותיהן וחסרונותיהן ומהות החלופות המועדפות עבורי.

הוסבר לי כי הטיפול מיועד לעצירת התקדמות המחלה ויצוב המצב הקיים ולא נועד לשיפור איכות הראיה ואינו תחליף לכל אמצעי לשיפור הראיה כגון משקפיים, עדשות מגע וכו'.

הוסבר לי שהטיפול הינו חדש, באופן יחסי, ומבוצע מזה כעשור. בספרות הרפואית קיים מעקב של מספר שנים באלפי מטופלים שהראה עצירת הקרטוקונוס ברובם המכריע של החולים. עם זאת לא ידועה השפעתו ארוכת הטווח על הקרנית והעין בכלל. כמו כן ייתכן שהשפעת הטיפול תהיה זמנית.

אני מצהיר/ה בזאת ומאשר/ת שהוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות ורגישות לאור המתבטאים בסנוור ועלולים להימשך מספר חודשים ולהגביל נהיגה בלילה. כמו כן, ייתכן יובש בעין שעלול להמשך מספר חודשים ואף שנים. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: עיכוב בריפוי רקמת אפיתל הקרנית, זהום אשר יכול לגרום לריפוי בלתי סדיר של הקרנית, עכירות של הקרנית (Haze), עיוות וצלקות, עד כדי צורך בהשתלת קרנית ובמקרים נדירים ביותר לראיה לקויה מאוד. תתכן צניחת עפעף קלה, שברוב המקרים חולפת. הובהר לי כי לאחר הטיפול העיקרי יהיה צורך בטיפול מקומי באמצעות טיפות, לפרק זמן שיקבע ע"י הרופא/ה. טיפול ממושך בטיפות עלול לגרום לירוד (קטרקט) או ברקית (גלאוקומה). אני נותנת/בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול בהרדמה מקומית באמצעות טיפות. אם יוחלט על ביצוע הטיפול בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על כך ע"י רופא מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות בית החולים או המרפאה, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים או המרפאה בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה למטופל/ת/לאפוטרופוס* של המטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי התם/ה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.		
שם הרופא	חתימה	מס' רישיון
* מחק/י את המיותר		

