

نموذج موافقة على جراحة تجميلية للأذنين OTOPLASTY

تهدف الجراحة إلى تصليح تجميلي لوضعية صيوان الأذن، أو تصليح تجميلي آخر. تُجرى العملية تحت تخدير موضعي بالإضافة مواد مهدئة، أو تخدير عام أصরح وأصدق بها على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحال، بضمنها الا-احتمالات والمخاطر المتربطة في كل واحد من هذه الإجراءات.

شرحت لي النتائج المرجوة وفيما يلي لوضعية صيوان الأذن، أو عودة الأذن إلى حالتها السابقة. أصرح وأصدق بهذا أنه شرحت لي عن الأعراض الجانبية للعملية الجراحية الأساسية، بضمنها الالم، عدم ارتياح وتغيير في الشعور بجلد الصيوان. شرحت لي أن جروح الجراحة تُجرى في الجزء الأمامي أو الخلفي لجلد الصيوان وفي غضروف الصيوان نفسه وفي كل حالة تبقى ندوب بعد الجراحة. في حالات إزالة غضروف من الصيوان، ربما ينشأ انتئاء في الجلد في مقمة الصيوان. شرحت لي أنه شكل الندوب يتعلق بنوع جلد وخصوصياته وهناك حالات تنشأ فيها ندوب جدرية. كما شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة وبضمانتها: تلوث لدرجة فقدان جلد و/أو غضروف، افتتاح حواف الجروح، وانعدام الاحساس بجلد الصيوان.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.

تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية الأساسية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاقها، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتأكيد أو بكمالها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا أواقف أيضاً على تلك التوسيعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها جراحات تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

أعطي موافقتي بهذا أيضاً لإجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن مواد مهدئة داخل الوريد بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمانتها رد فعل تحسيي بدرجات مختلفة لمواد التخدير، المضاعفات المحتملة من استعمال الأدوية المهدئة، الذي قد يسبب، في أحيان نادرة، اضطرابات في التنفس واضطرابات في نشاط القلب، لاسيما لدى مرضى القلب ومرضى يعانون من اضطراب في الجهاز التنفسي. إذا تقرر إجراء العملية الجراحية تحت تخدير عام، سوف ألتلقى شرحاً حول التخدير من قبل طبيب التخدير. أعلم وأتفق على أن تتم العملية الجراحية الأساسية وجميع الإجراءات الأخرى، بأيدي من يكلف بالقيام بذلك، بموجب أنظمة وتعليمات المؤسسة، وعلى أنه لم يضمن لي بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأيدي شخص معين، وشرطيته أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون. أنا الموقع/ة أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي أجري العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أواقف بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المتعامل/ة _____
(שם המטופל/ת): _____ اسم العائلة _____ اسم مشفחה _____ الاسم الشخصي _____ שם פרט/ي _____ رقم الهوية _____ ת.ז.

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (MD) _____
الاسم الشخصي / _____ شם פרט/י _____
اسم العائلة / شם مشفחה _____
 حول جراحة تجميلية في الأذن اليمنى (أذن يمين) / الأذن اليسرى (أذن שמאל) / الأذنين (שתי الأذنين)*.

فصل ماهية الجراحة (פרט מוחות הניתוח) _____
(فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").

التاريخ	תאריך	חתימת המטופל/ת	الساعة	توقيع المتعامل/ة
---------	-------	----------------	--------	------------------

اسم الوصي/ القرابة) / שם האפotorופו (קרובה)	توقيع الوصي في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالج/ة، نفسانياً) / חתימת האפotorופו (במקרה של פסול דין, קיטין או חולה נפש)
---	--

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهياً للمتعامل/ة، للوصي على المتعامل/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحني بكامله. / אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה למטופל/ת / לאפotorופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/ היא חתום/ة על הסכמה בפני לאחר ש肖וכנעת/י היבין/ה את הסבריו במלואם.

اسم الطبيب/ة / شم הרופאה	توقيع / חתימה	رقم الرخصة / מס' רישיון
--------------------------	---------------	-------------------------

* اشطب/ي الزائد / مחק/י את המיותר