



טופס הסכמה לניתוח

כריתת שקדים/ אדנוואידים (שקד שלישי)

نموذج موافقة على جراحة لاستئصال اللوزتين / اللوزة البلعومية (اللوزة الثالثة) ADENOIDECTOMY / TONSILLECTOMY

تجرى جراحة استئصال اللوزتين / اللوزة البلعومية، عادة، بسبب مصاعب تنفسية و/أو في حالات الالتهابات المتكررة و/أو المزمنة، أحياناً كإجراء للوقاية من المضاعفات، و/أو الاضطرابات في الأنف الوسطي، و/أو اضطرابات في النطق، و/أو خلل في تطور هيكل الوجه. تتم العملية تحت تخدير عام.

اسم المتعامل/ة:
(שם המטופל/ת): اسم العائلة شم مشفחה الاسم الشخصي شم פרטني رقم الهوية ٢٢٠

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (مد"ר)
الاسم الشخصي / شم مشفחה اسم العائلة / شم مشفחה حول الحاجة إلى استئصال اللوزتين / اللوزة البلعومية ("اللوزة الثالثة"), بسبب (بشل)

(فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").
أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، ضمنها الاحتمالات والمخاطر المرتبطة في كل واحد من هذه الإجراءات.

شرح لي أن هناك حالات تكون فيها حاجة إلى تكرار العملية الجراحية عقب تجدد نمو اللوزة البلعومية ("اللوزة الثالثة").
أصرح وأصادق بهذا أنه شرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الجراحية الأساسية، بضمها: ألم وعدم ارتياح وصعوبة في البلع.
كما شرحت لي المخاطر والمضاعفات المختلفة من العملية الجراحية الأساسية وبضمها: نزيف فوري أو متاخر قد يوجب العودة إلى غرفة العمليات لوقف النزيف، تلوث، صعوبات في البلع لدرجة الحاجة إلى الرقود في المستشفى لإعطاء سوائل في الوريد، إصابة الأسنان، الشفتين، اللثة واللسان وكذلك إصابة النطق، بضمن ذلك اللطف من الأنف، وفي حالة عدم زواله تلزم جراحة تصحيحية. في حالات نادرة يحتمل ظهور ندوب في منطقة الجراحة، قد تسبب تضيق منطقة البلعوم وأو الفتحة الموصولة بالأذن الوسطي (eustachian tube)، يرافقه اضطرابات في الأداء. الجراحة تتطوي على الوفاة في حالات نادرة جداً.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.
أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية الأساسية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاق العملية،
تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإإنفاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً لأن بالتأكيد أو يكملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضاً على تلك التوسيعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

شرح لي أن الجراحة تتم تحت تخدير عام وسوف ألتقي شرعاً عن 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 يُضمن لي بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأيدي شخص معين، وشرطيته أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون.
أنا الموقع أدرك بأنه عند تسريحه، الطبيب الذي أجري العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أتفق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

التاريخ تاريخ חתימת המטופל/ת توقيع המمعالج/ة

اسموصי القرابة) / שם האפטורופו (קרבה)
توقيع الوصي في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالجه، نفسانياً) /
חתימת האפטורופו (במקרה של פסול דין, קtin או חוליה נפש)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهياً للممعالج/ة (لمטופל/ת) / للوصي على الممعالج/ة (لأפטורופו של המטופל/ת)* كل ماورد أعلى بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/افهم/ت شرحني بكلمه.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפטורופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירות הدرس וכי הוא/היא חתמו/ה על הסכמה בפני לאחר ששמעו/הו את הסבר במלואם.

اسم الطبيب/ة / שם הרופאה/
מספר רישוי
* اشطب/ي الزائد / مחק/י את המיותר
מספר הרישוי: _____