

نموذج موافقة على جراحة DCR ترميم القنوات الدمعية

DCR RECONSTRUCTION OF THE TEAR DRAINAGE CHANNEL

الهدف من العملية الجراحية تحسين مدى تصريف الدموع من العين وتقليل الشعور بفرط الدم.

تُجرى العملية الجراحية تحت تخدير عام.

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالـة، بضمنها الاحتمالات والمخاطر المرتبطة في كل واحد من هذه الإجراءات.

أصرح وأصادق بهذا أنه شرح لي عن الأعراض الجانبية بعد الجراحة الأساسية، بضمنها: الألم، عدم الارتياب، احمرار وانتفاخ الجفون، في العينين والخذل.

شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بضمنها: التلوث، نزيف من الأنف وكدمات تحت الجلد حول العينين، الشعور بجسم غريب في الأنف. تظهر الندبة بوضوح لعدة أسابيع ثم تتلاشى بقدر كبير. كما يُحتمل أنه بالرغم من الجراحة ينشأ انسداد متكرر لمجرى الدموع ويلزم تكرار الجراحة.

أوافق بهذا على إجراء جراحة DCR - ترميم القنوات الدمعية.

أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية 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 الآن بالتأكيد أو بكمالها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضاً على تلك التوسعة، 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.

أعطي موافقي بهذا أيضاً لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسيسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير.

إذا تقرر إجراء العملية الجراحية تحت تخدير عام أو لمنطقة، سوف ألتلقى شرحاً حول التخدير من قبل طبيب التخدير. أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي، يمكن ان يشارك الطلاب أثناء التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي، يمكن ان يشارك الطلاب أثناء التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

هـ بأن العلاجات في المستشفى سيتم عملها بأيدي من سيقع عليه الأمر وفقاً للإجراءات والتعليمات القائمة في المستشفى، وأنا أصرح بذلك بأنه لم يتم وعدي بأن جميع العلاجات أو جزء منها ستجرى بأيدي شخص معين.

أنا الموقـع أدناه أدرك بأنه عند تسريري، الطبيب الذي سيجري العلاج / يجري العملية الجراحـية، لن يكون حاضراً في المستشفـى. في هذه الحالـة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكـله بعملية تسريري.

اسم المـتعـالـجـة:

(שם המטופל/ת) اسم العائلـة / شـם مشـفـحة

رقم الهـوية / تـ.ـ.ـ.

اسم الأب / شـם الأب

الاسم الشخصـي / شـם فـرـطـي

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيـاً من الدكتور (٦٢) _____

اسم العائلـة / شـם مشـفـحة

الاسم الشخصـي / شـם فـرـطـي

على الحاجـة لـإـجـراء عـلـمـيـة جـراـحـيـة فيـ العـيـن اليـمنـيـ (يمـيـن)

اليـسـرىـ (شمـالـ) (فيـما يـليـ: العمـلـيـة جـراـحـيـة الأـسـاسـيـة).

توقيع المـتعـالـجـ/ـ الوـصـيـ:

(חתـمةـ المـطـوـلـ /ـ اـفـطـارـفـ)



توقيع المعالج/ة / חתימת המטופל/ת

الساعة / شעה

التاريخ / تاريخ

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، فاصل، أو معالج/ة، نفسانياً) /
חתימת האפטורופו (במקרה של פסול דין, קטן או חוליה נפש)

اسم الوصي (القرابة) /
שם האפטורופו (קרבה)

أصدق بهذا على أنني شرحت شفهياً للممعالج/ة (لمטופل/ت) / للوصي على الممعالج/ة (لأפטורופו של المטופל/ت) / لمترجم الممعالج/ة (لمترجم شل המטופל/ת)* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وأن الممعالج/ة، الوصي وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنهم/ا فهم/ت شروطتي بالكامل.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפטורופו של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת * את כל האמור לעיל בפירות הדרוש וכי הוא/ היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו/ה את הסבר/י במלואם.

رقم الرخصة / مس靡 רישיון

التوقيع / חתימה

اسم الطبيب/ة / שם הרופאה

علاقنه/ا بالممعالج/ة קשרו למטופל/ת

اسم المترجم/ة שם המתרגם/ת

* اشطب/ي الزائد / مחק/ي את המיותר