

## نموذج موافقة على جراحة لاستئصال الجسم الزجاجي مع/بدون علاج انفصال الشبكية

### VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

تُجرى جراحة استئصال الجسم الزجاجي بهدف تمكين تمرير الضوء إلى الشبكية في الحالات التي تعكر فيها الجسم الزجاجي نتيجةً أمراض مثل السكري أو نزيف في العين. يستبدل بالجراحة نسيج الجسم الزجاجي بمادة مناسبة. هناك حالات يشمل فيها الضرر الجسم الزجاجي والشبكية. انفصال الشبكية هو حالة تفصل فيها الشبكية عن موضعها، نتيجة ضربة، أمراض عيون أو أمراض مثل السكري وتتضرر قدرتها على استيعاب محفرات الرؤية. في هذه الحالات تُجرى جراحة بهدف إصاق الشبكية في مكانها بطرق مختلفة مع جراحة لاستئصال الجسم الزجاجي وحقن مادة خاصة في العين بديلاً عن الجسم الزجاجي.

تُجرى العملية عادة تحت تخدير موضعي أو عام.

أصرح وأصادق أنني تلقيت شرحاً بأنه لا توجد طرق بديلة لعلاج هذه الحالة. أصرح وأصادق أنه شُرحت لي النتائج المرجوة، بضمنها الإمكانيّة أنه عند إجراء الجراحة لانفصال الشبكية أيضاً، هناك حاجة في بعض الحالات إلى إجراء جراحة/ات إضافية لإعادة الشبكية إلى مكانها.

أصرح وأصادق بهذا أنه شرح لي عن الأعراض الجانبية بعد العملية الجراحية الأساسية، بضمنها الألم، عدم الارتياح، احمرار وانتفاخ. كما شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة وبضمنها: تلوث، نزيف، تغيرات في الانكسار ما يتطلب تركيب نظارات أو تغيير رقم سائق للنظارات، هبوط الجفن، ازدواجية الرؤية، تمزقات في الشبكية، انفصال الشبكية، تضرر العدسة و حتى فقدان الرؤية بالعين وتقلص مقلة العين، إذا كان الجراحة تشمل انفصال الشبكية أيضاً، تُحمل مضاعفات مثل الحَوْل، ارتفاع الضغط داخل العين ونشوء سريع للساد (كتاراكت).

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 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 بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافر أيضاً على تلك التوسعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المستشفى ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

أعطي موافقتي بهذا أيضاً لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها نزيف، تلوث، إصابة العين وفي حالات نادرة فقدان الرؤية. إذا تقرر إجراء العملية الجراحية تحت تخدير عام، سوف ألتقي شرحاً حول التخدير من قبل طبيب التخدير.

أعلم وأوافق 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، وشروطه 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، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

שם המטופל/ת:	שם המלצתה	שם משפחה	שם האב	שם האם	שם الشخصי	שם פרטי	שם המלצותה	שם המשפחה	שם המטופל/ת	שם המלצתה
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (\_md"r)

اسم العائلة / شم مشפחه	اسم الشخصي / شم פרטי	الاسم الشخصي / شم פרטי	اسم العائلة / شم مشפחه	الاسم الشخصي / شم פרטי	اسم العائلة / شم مشפחه	اسم الشخصي / شم פרטי
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

حول الحاجة لإجراء عملية جراحية لاستئصال الجسم الزجاجي من العين اليمنى (ימ') / اليسرى (שמאל) \* مع (لام) / بدون (בל) \* جراحة لتصليح انفصال الشبكية (فيمايلي: "العملية الجراحية الأساسية").

التاريخ	شارعه	שם הסאהה	חתימת המטופל/ת	توقيع المعالج/ة
_____	_____	_____	_____	_____

שם הווטריה ( القرابة ) / שם האפוטרופו ( קרביה )
חתימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטין או חוליה نفس)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهياً للممعالج/ة/ للوصي على الممعالج/ة/ للوصي على الممعالج/ة/ كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحني بكلمه. / אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה למטופל/ת / לאפוטרופו של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתמו/ה על הסכמה בפני לאחר שוכחنت עתיכם/ה את הסבריו במלאם.

שם הדרופא/ה / שם הרופא/ה	שם הטبيب/ה / מס' רישוי	שם הרופא/ה	שם הטبيب/ה / מס' רישוי
_____	_____	_____	_____