



טופס הסכמה לנитוח
לטיפול בהיפרדוות רשתית

نموذج موافقة على جراحة لعلاج انفصال الشبكية

REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

تُجرى الجراحة لعلاج انفصال الشبكية بهدف تثبيت الشبكية في مكانها. تُجرى الجراحة بطرق مختلفة يُدمج في أغلب الحالات معها حقن مادة خاصة في العين.

انفصال الشبكية هو حالة تتفصل فيها الشبكية عن موضعها وتتضرر قدرتها على استيعاب محفزات الرؤية. الأسباب الرئيسية لأنفصال الشبكية هي: كدمة، أمراض عيون (قصر الرؤية، ضمور الشبكية) أو أمراض عامة مثل السكري. العلاج المبكر قدر الإمكان ضروري لمنع ضرر غير قابل للانعكاس.

تم العملية تحت تخدير موضعي أو عام.

أصرح وأصادق أنني تلقيت شرحاً بأنه لا توجد طرق بديلة لعلاج انفصال الشبكية عدا الجراحة وأو حقن غاز في العين. أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً حول النتائج المرجوة وأنه في بعض الحالات هناك حاجة إلى جراحة/ات إضافية لإعادة الشبكية إلى مكانها.

سرح لي عن الأعراض الجانبية بعد الجراحة بضمنها الألم، عدم الارتياح، الاحمرار والانتفاخ. كذلك، شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بوالتي تشمل: النزيف وتغيرات في الانكسار توجب تركيب نظارات أو تغيير الرقم السابق للنظارات. المضاعفات النادرة أكثر تشمل: هبوط الجفن، ازدواجية الرؤية، ارتفاع الضغط داخل العين، تلوثات، وحتى فقدان تام للرؤية في العين المجرورة وتنقص مقلة العين.

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 بالتأكد أو بكاملها 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 إثناء 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 يضمن لي بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأيدي شخص معين، وشريطة أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون. أنا الموقع/ة أدناه أدرك بأنه عند تسريحه، الطبيب الذي أجرى العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أافق بأن يقوم طبيب آخر بوكله بعملية تسريحه.

اسم المتعامل/ة

(שם המטופל/ת): اسم العائلة اسم مشفחה اسم الشخصي שם פרטי رقم الهوية ת.ז.

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيًّا من الدكتور (MD*)

اسم العائلة / شم مشفחה الاسم الشخصي / שם פרטי
على الحاجة لإجراء عملية جراحية لتصليح انفصال الشبكية في العين اليمنى (يمين) / اليسرى شمال*) (فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").

التاريخ تاريخ

توقيع المعالج/ة חתימת המטופל/ת

توقيع الوصي في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالجه، نفسانياً) /

חתימת האפוטרופוס (במקרה של נסול דין, קטן או חוללה נפש)

اسم الوصي القرابة) / שם האפוטרופוס (קרבה)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهيًّا 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 بكلمه. / אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת לאפוטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירות הדروس וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניו לאחר ש肖וכנעת/י היבין/ה את הסבריו במלואם.

שם الطبيب/ة / שם הרופא/ة

التوقيع / חתימה

מספר רישום

*اشطب/ي الزائد / מחקק/י את המיותר