

استمارة موافقة على إجراء فتح وتفرير جراحي للكيس الدهني

Incision and Drainage of Chalazion

الكيس الدهني (البردة) هو رد فعل التهابي موضعي يؤثر في الغدد الدهنية (sebaceous glands) لجفن العين، ويحدث عندما يحصل انسداد في قناعة تصريف الغدة الدهنية. يمكن ان يزول الكيس الدهني بشكل تلقائي أو بواسطة العلاج بالتدليك أو الكي الموضعي مع الحرص على نظافة الجفون. في حال عدم حدوث تحسن بطرق العلاج الأنف ذكرها، يمكن إجراء فتح وتفرير جراحي للكيس الدهني لتفرير الغدة المسودة وإنهاء الالتهاب.

يتم إجراء العملية الجراحية بواسطة استخدام ملقط الكيس الدهني (chalazion clamp) حول الكيس وإجراء فتح في السطح الداخلي أو الخارجي لجفن العين. خلال تلك المرحلة يتم إجراء تفريغ لمحتوى الكيس الدهني بحذر، دون إحداث قطع للغدة المسودة ثم التحكم في النزف عن طريق الضغط المعتدل على الكيس الدهني أو باستخدام الحرارة. وطبقاً لرأي الجراح يمكن حقن الستيرويدات (مضادات الالتهاب) داخل الكيس الدهني في نهاية العملية الجراحية.

طريقة التخدير المصاحبة لهذه العملية الجراحية (ضع دائرة حول الطريقة الملائمة):

دون تخدير / تخدير كلي / تخدير ناهي / إصصار العصب / تخدير موضعي

سلن وأؤكد أنه بموجب هذه الاستمارة يمكنني الحصول على توضيح لأساليب العلاج البديلة والممكنة في حالي والتي تشمل:

1. الحرص على نظافة الجفون - يشمل ذلك استخدام كمادات دافئة وتدليك موضعي وتطهير حافة الجفن. من المرجح أن هذه الطريقة لا تساعد في تحسن الالتهاب بشكل كبير في حال كان الكيس الدهني متعمق.

2. الحقن الموضعي للستيرويدات - الستيرويدات هي مواد مضادة للالتهاب. ربما يكون هناك حاجة للحقن أكثر من مرة. طريقة العلاج هذه من الممكن أن تسبب تبييض الجفن (ازالة تصبغه) - وهو تجمع لبقايا الستيرويدات بموضع الحقن - وفي حالات نادرة يمكنها أن تسبب انسداد بالأوعية الدموية لشبكة أو مشيمية العين مع خطر الإصابة بفقدان الرؤية.

3. في حال عدم تقديم علاج طبي، يمكنني أن اختار عدم تلقي العلاج الطبي والإبقاء على الكيس الدهني.

فهمت من الشرح أن هناك إمكانية أنه أثناء فتح وتفرير الكيس الدهني إذا اتضح أن هناك حاجة لعمل إجراءات علاجية لإجراء العملية الجراحية مثل: الحاجة إلى حقن مادة مضادة للالتهاب، إجراء فتحات إضافية للبؤر الأخرى التي تمت مشاهتها، استخدام إبرة ساخنة لمنع النزيف.

ذلك. تم إبلاغي بالمخاطر والمضاعفات المحتملة والتي تشمل:

1. تلوث أو نزيف واضحين.

2. ألم مزمن وقلق.

3. تغير في لون الجلد نتيجة للعملية الجراحية أو نتيجة لحقن الستيرويدات.

4. فقدان للرموز بمكان العملية الجراحية.

5. تجمّع للعقد على حافة الجفن بموضع الالتهاب.

6. حكة قوية في أجزاء العين والقرنية بسبب الفتح أو الندبة الجراحية بالجفن. هذه الحكة من شأنها أن تسبب ضرراً بخلايا طبقات القرنية (خدش بالقرنية) وضرراً بالرؤية مع الإحساس بوجود جسم غريب في العين. من الممكن أن تتطلب هذه الحالة الاستخدام المستمر لاستعدادات التغطية الموضعية، ومن الملوثات وأحياناً استخدام العدسات اللاصقة الطبية.

7. تضرر مقلة العين خلال العملية الجراحية بسبب الأدوات الجراحية مثل مشرط العملية، أو من الإبرة المستخدمة لحقن مادة التخدير أو الستيرويدات أو من الأدوات المستخدمة في عملية كي الأوعية الدموية.

8. الإضرار بالرؤية وصولاً إلى العمى.

أقر بموجبه وأصرح بأنه تم تقديم شرح لي وإنني على علم بوجود احتمال بظهور مستجدات أثناء سير الجراحة / العلاج الرئيسي تستدعي ضرورة القيام بتوسيع نطاق أو تغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية يصعب التنبؤ بها مسبقاً، وذلك بهدف الحفاظ على الحياة أو وتجنب الضرر البدني، ومن ضمن ذلك إجراءات جراحية أخرى لا يمكن التنبؤ بها في الوقت الحالي بشكل قعطي وكامل. ولذلك فإنني أوافق أيضاً على هذا التوسيع أو التغيير أو التنفيذ لإجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك إجراءات معينة والتي ستكون وفقاً لتقدير أطباء المستشفى بمثابة إجراءات حيوية أو ضرورية أثناء الجراحة / العلاج الرئيسي.

أبلغت بأنه في حال إجراء الجراحة تحت التخدير الكلي / الناهي / إصصار العصب، فإن التوضيح المتعلق بالتخدير سيقدمه لي طبيب التخدير.



في حال إجراء الجراحة تحت التخدير الموضعي. تُعطى بذلك موافقتي أيضاً لإجراء التخدير الموضعي مع أو دون حقن مواد مهدئة داخل الوريد وذلك بعد إطلاعني على المخاطر والمضاعفات الناجمة عن التخدير الموضعي والتي تتضمن حدوث رد فعل تحسي بدرجات متفاوتة تجاه مواد التخدير، وبعد إطلاعني على المضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدئة والتي قد ينتج عنها في حالات نادرة اضطرابات في التنفس واضطرابات في عمل القلب وبالتحديد لدى مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطراب في الجهاز التنفسي.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي فإنه يمكن للطلاب أخذ دور أثناء مرحلة التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

أدرك وأافق على أن الجرارة الأساسية (باستثناء إذا تم اختياره وملائمة طبيب جراح مسبقاً للعملية) وجميع الإجراءات الأخرى سُجّر إلى من قبل من سيقع عليه الإختيار وفقاً لإجراءات وتعليمات المؤسسة، وأنه لم يقدم إلى ضمان بإجرائها، جميعها أو بعضها، من قبل شخص معين شريطة أن يتم ذلك تحت المسؤلية المترتبة على عليها في المؤسسة وفقاً للقانون.

أنا الموقع أدناه على علم بأنه عند موعد تسريحي فإن الطبيب الذي سيجري العلاج / الجراحة من المحتمل ألا يكون حاضراً في المستشفى، وفي مثل هذه الحالة فإني أعطي موافقتي على أن يتولى طبيب آخر نيابة عنه إجراءات خروجي من المستشفى. أعطي بذلك موافقتي على إجراء الجراحة / العلاج الرئيسي.

שם המטופל/ת:

اسم المتعالج/ة:

رقم الهوية ٢.٧.

أصرح بموجبه وأقر بأنني تلقيت شرحاً شفرياً مفصلاً من الطبيب
اسم العائلة **شم مشفحة** الاسم الشخصي **شم فرات**

حول ضرورة إجراء جراحة الشتر الخارجي ("الجراحة الأساسية")

اليمني مين

الپسری شمال

في الجفن العلوي العفري:

السفلى תחתון

توقيع المعالج / الوصي: _____
(חתימת המטפל / אפוטרופוס)

التاريخ العربي

الوقت رياض

תומך המטופל/ת כתימת המטופל/ת

שם הווצי (القرابة) שם האפוטרופו (קרביה) توقيع الوصي (في حالة عدم الأهلية ، القصور ، أو المرض النفسي)
חתימת האפוטרופו (במקורה של פסול דין ، קטין או חוללה נפש)

أقر بأنني قدمت شرحاً شفوياً للمتعالج/ة / الوصي على المتعالج/ة / مترجم المتعالج/ة* حول جميع ما ذكر أعلاه بالتفصيل المطلوب وأن المتعالج/ة / وصي المتعالج/ة قد قع/ت على الاتفاقية أمامي وبعد اقتناعي بفهمه/ها لكامل شر وحاتي.

אני מאשר/ת כי הסבירתי, בעל פה למוטופל/^ת, לאפטורופס של המוטופל/^ת / למתרם של המוטופל/^ת* את כל האמור לעיל בפיירוט הדורש וכי המוטופל/^ת / האפטורופס חתפ/ה על הסכמה בגין לאחר ששבচנעם כי הבו/ה את הסבירי במלואם.

التاريخ والوقت **تارير وشعا** **اسم الطبيب (الختم) شم الروفأه (خوتمة)** **توقيع الطبيب ثانية الرؤوف**

علاقته بالمعالج/ة كشري لمטופل/ت

שם המתרגם/ת اسم المترجمة

*پرجی محو مالا داعی له