

## استمارה موافقة لجراحة الشتر لخارجي ECTROPIION

تهدف العملية إلى إعادة الجفن إلى مكانه، واستعادة وظيفته وبالتالي منع التهيج والاحمرار والإفراز وتوقف الدموع والألم والإحساس بجسم غريب في العين. هذه الجراحة لا تحسن من ضبابية الرؤية والناتجة عن أمراض العيون الأخرى، وعموماً لا تعتبر جراحة تجميلية. وفي بعض الأحيان يمكن الجمع بين هذه الجراحة كجزء من الجراحة التجميلية للجفن السفلي.

ونتيجة لوجود عوامل مختلفة تسبب الشتر الخارجي والتشريح المختلف لكل مريض وجود مشاكل أخرى للعين. فان هناك العديد من العمليات الجراحية المختلفة لتصحيح المشكلة. وفي معظم هذه الجراحات يتم معالجة ضعف وترهل الجفن وشده بجدار محجر العين وإعادته إلى الوضع الطبيعي. وفي حالات معينة يقتضي الأمر زراعة نسيج المساعدة في إصلاح الشتر الخارجي.

تُجرى الجراحة بإحدى الطرق التالية:

- إطلاع الجفن من تمويهه على العظم الجانبي لمحجر العين وإطلاق المشابك وإعادة الخياطة بشكل محكم على العظم.
- الغرز الانعكاسية التي تغير موضع الجفن.
- الجمع بين اختصار الجفن مع الغرز الانعكاسية.

شكل التخدير المصاحب لهذا الإجراء: (ضع دائرة على الخيار المناسب)  
دون تخدير / تخدير كلي / تخدير ناهي / احصار العصب / تخدير موضعي

تم إطلاع على البديل العلاجية الحالية لمعالجة حالي، مثل: تزييت العين بواسطة قطرات ومرامـه مختلفة، تثبيـت الجـفن بضمـادة، وبـالطبع الاستـمرار دوت عـلاج في ظـل المعـانـة الكـاملـة التي يـسـبـبـها الشـترـ الـخـارـجيـ بالـرـغـمـ منـ خـطـرـ حدـوثـ ضـرـرـ جـسـيمـ بـالـعـيـنـ يـصـلـ إـلـىـ فـقـدـانـ الـبـصـرـ وـالـعـيـنـ).

أصرـحـ بذلكـ وأـقـرـ بأنـهـ تمـ إـطـلاـعـيـ عـلـىـ الآـثـارـ الـجـانـبـيـ وـالـمـمـتـلـلـةـ فـيـ:ـ حدـوثـ اـنـتـفاـخـ حـولـ الـعـيـنـ،ـ نـزـيفـ تـحـتـ الـجـلدـ وـتحـتـ الـمـلـتـحـمـةـ،ـ سـيـلـانـ الدـمـعـ،ـ إـلـهـاسـ بـجـسـمـ غـرـيبـ وـالـحـاجـةـ لـإـزـالـةـ الـغـرـزـ بـعـدـ الـجـراـحةـ.

تمـ إـبـلـاغـيـ وإنـيـ أـفـهـمـ بـوـجـودـ إـمـكـانـيـةـ مـنـ أـنـهـ أـثـنـاءـ سـيرـ جـراـحةـ الشـترـ الـخـارـجيـ سـيـتـضـحـ وـجـودـ حـاجـةـ لـتـفـيـذـ إـجـرـاءـاتـ عـلـاجـيةـ مـنـ أـجـلـ الـفـحـصـ،ـ مـثـلـ غـسلـ الدـمـعـ،ـ وـتوـسيـعـ مـجـرـيـ الدـمـوعـ،ـ وـإـزـالـةـ الـرـمـوشـ.

إـضـافـةـ لـذـلـكـ،ـ تـمـ إـطـلاـعـيـ عـلـىـ الـمـخـاطـرـ وـالـمـضـاعـفـاتـ الـمـحـتمـلةـ وـالـتـيـ مـنـ ضـمـنـهـ:ـ عـوـدةـ الشـترـ الـخـارـجيـ،ـ التـصـحـيفـ الـفـرـعـيـ،ـ إـلـفـاظـ فـيـ التـصـحـيفـ،ـ الـعـدـوىـ،ـ التـزـيفـ،ـ الـمـظـهـرـ غـيرـ الـمـمـتـمـاـلـ،ـ التـنـدـبـ،ـ اـرـدوـاجـيـةـ الـرـؤـيـةـ،ـ سـيـلـانـ الدـمـعـ أوـ جـفـافـ فـيـ الـعـيـنـ،ـ صـعـوبـةـ فـيـ اـرـتـنـاءـ الـدـسـاتـ الـلـاصـقـةـ،ـ الـخـدـرـ أوـ فـقـدـانـ الـشـعـورـ بـجـانـبـ الـعـيـنـ،ـ تـنـخـرـ الـجـفـنـ،ـ تـغـيـرـ فـتـحةـ الـعـيـنـ،ـ تـغـيـرـ شـكـلـ وـمـوـقـعـ زـاوـيـةـ الـعـيـنـ وـفـيـ حـالـاتـ نـادـرـةـ فـقـدـانـ الـرـؤـيـةـ.ـ قـدـ يـكـوـنـ هـنـاكـ حـاجـةـ لـمـزـيدـ مـنـ الـعـلاـجـ أوـ الـجـراـحةـ مـنـ أـجـلـ مـعـالـجـةـ هـذـهـ الـمـضـاعـفـاتـ.ـ يـوـجـدـ لـكـلـ إـنـسـانـ تـشـرـيـعـ مـخـتـلـفـ وـرـدـ فـعـلـ مـخـتـلـفـ لـلـجـراـحةـ وـدـرـجـةـ تـمـاثـلـ مـخـتـلـفـ لـلـشـفـاءـ.ـ وـعـلـيـهـ فـإـنـهـ مـنـ غـيرـ الـمـمـكـنـ الـالـتـزـامـ مـسـبـقاـ بـالـنـتـيـجـةـ الـنـهـائـيـةـ.

أـقـرـ بمـوجـبـهـ وـأـصـرـحـ بـأـنـهـ تـمـ تـقـديـمـ شـرـحـ لـيـ وـإـنـيـ عـلـىـ عـلـمـ بـوـجـودـ اـحـتمـالـ بـظـهـورـ مـسـتـجـدـاتـ أـثـنـاءـ سـيرـ الـجـراـحةـ /ـ الـعـلاـجـ الرـئـيـسـيـ تـسـتـدـعـيـ ضـرـورةـ الـقـيـامـ بـتوـسيـعـ نـطـاقـ أوـ تـغـيـيرـ أوـ اـتـخـادـ إـجـرـاءـاتـ أـخـرىـ أوـ إـضـافـيـةـ يـصـبـعـ التـبـيـؤـ بـهـاـ مـسـبـقاـ،ـ وـذـلـكـ بـهـدـفـ الـحـفـاظـ عـلـىـ الـحـيـاةـ أوـ وـتـجـبـ الـضـرـرـ الـبـدـنـيـ،ـ وـمـنـ ضـمـنـ ذـلـكـ إـجـرـاءـاتـ جـراـحةـ أـخـرىـ لـاـ يـمـكـنـ التـبـيـؤـ بـهـاـ فـيـ الـوقـتـ كـلـ قـطـعـيـ وـكـامـلـ.ـ وـلـذـلـكـ فـإـنـيـ أـوـاـفـقـ أـيـضاـ عـلـىـ هـذـاـ توـسيـعـ أوـ تـغـيـيرـ أوـ التـفـيـذـ لـإـجـرـاءـاتـ أـخـرىـ أوـ إـضـافـيـةـ بـمـاـ فـيـ ذـلـكـ إـجـرـاءـاتـ مـعـيـنـةـ وـالـتـيـ سـتـكـونـ وـفـقـاـ لـتـقـدـيرـ أـطـبـاءـ الـمـسـتـشـفـيـ بـمـثـابـةـ إـجـرـاءـاتـ حـيـوـيـةـ أوـ ضـرـوريـةـ أـثـنـاءـ الـجـراـحةـ /ـ الـعـلاـجـ الرـئـيـسـيـ.

أـبـلـغـتـ بـأـنـهـ فـيـ حـالـ إـجـرـاءـ الـجـراـحةـ تـحـتـ الـتـخـدـيرـ الـكـلـيـ /ـ النـاهـيـ /ـ اـحـصارـ الـعـصـبـ.ـ فـإـنـ التـوـضـيـحـ الـمـتـعـلـقـ بـالـتـخـدـيرـ سـيـقـدـمـهـ لـيـ طـبـيبـ الـتـخـدـيرـ.

توقيع المتعالج/ الوصي:  
\_\_\_\_\_  
(חתימת המתول / אופטורופו)



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 تحسسي 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 وبالتالي لدى مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطراب في الجهاز التنفسي.

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

أدرك وأوافق على أن الجراحة الأساسية (باستثناء إذا تم اختيار وملائمة طبيب جراح مسبقاً للعملية) وجميع الإجراءات الأخرى سنجري من قبل من سيقع عليه الإختيار وفقاً لإجراءات وتعليمات المؤسسة، وأنه لم يقدم إلي ضمان بإجرائها، جميعها أو بعضها، من قبل شخص معين شريطة أن يتم ذلك تحت المسئولية المترتبة عليها في المؤسسة وفقاً للقانون.

أنا الموقّع أدناه على علم بأنه عند موعد تسريحه فإن الطبيب الذي سيجري العلاج / الجراحة من المحتمل لا 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 المتعامل/ة:

اسم האב שם המטופל \_\_\_\_\_ اسم العائلة שם משפחה \_\_\_\_\_ رقم המוהיה ת.ג.ת. \_\_\_\_\_ שם השخصי שם פרטן

أصرح بموجبه وأقر بأنني تلقيت شرحًا شفويًا مفصلاً من الطبيب

اسم العائلة \_\_\_\_\_ اسم الشخصي \_\_\_\_\_

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

في العين **علیاً**:  **اليمني**  **علوي عליٰ**  
 **اليسرى**  **شمالي**  
**السفلي تھتناو**

توقيع المتعامل/ة / חתימת המטופל/ת

الوقت ساعה

التاريخ תאריך

توقيع الوصي (في حالة عدم الأهلية، القصور، أو المرض النفسي)  
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פטול דין, קטין או חולת נפש)

اسم الوصي (القرابة) שם האפוטרופוס (קרובה)

أقر بأنني قدمت شرحًا شفويًا للمتعامل/ة / الوصي على المتعامل/ة / مترجم المتعامل/ة\* حول جميع ما ذكر أعلاه بالتفصيل المطلوب وأن المتعامل/ة / وصي المتعامل/ة قد وقع/ت على الاتفاقية أمامي وبعد اقتناعي بفهمه/ها لكامل شروطه.  
אני מאשר/ת כי הסברתי בעלה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי המטופל/ת / האפוטרופוס חתום על הסכמה בפני לאחר שוכחנתי כי הבין/ה את הסבריו במילויים.

التاريخ وقت توقيع الطبيب

توقيع الطبيب / חתימת הרופא

اسم الطبيب/ة (الختم) שם הרופא/ה (חותמת)

علاقة بالمتعامل/ة / קשרו למטופל/ת

اسم המترجم / شם המתרגם /

\*يرجى محو ملا داعي له