

نموذج موافقة لجراحة زراعة القرنية

CORNEAL TRANSPLANTATION

يُجرى زراعة القرنية عندما يكون التعكر في القرنية أو التغير في شكلها لا يسمح بالرؤية بشكل واضح وأو يعرض سلامة مقلة العين للخطر بما في ذلك وذمة القرنية التي تسبب في تدهور حاد في الرؤية.

الهدف من الزراعة هو تحقيق رؤية أفضل وأو الحفاظ على سلامة العين. يشار إلى أنه لغرض الوصول إلى الرؤية الممكنة للعين، من الضروري تقريباً في جميع الحالات ارتداء نظارات أو عدسات لاصقة حيث من الممكن أن تتأثر بالجراحة وأو الغرز في القرنية التي توضع أثناء الجراحة.

تستلزم إجراءات إعادة تأهيل الرؤية لمدة سنة أو أكثر في زراعة القرنية كاملة السمك، ولمدة أشهر طويلة في زراعة القرنية جزئية السمك.

يتم اقتراح إجراء الجراحة عندما لا يكون هنا بديل علاجي آخر. اختيار عدم إجراء الزراعة سيؤدي إلى استمرار الوضع الحالي، وفي بعض

الأحيان أيضاً إلى مزيد من التدهور في حالة العين والرؤية وألم إضافي.

يتراوح معدل نجاح زراعة القرنية بين 90% و 50% و يتوقف على نوع الزراعة، سبب الزراعة، عمليات الزراعة السابقة، إضافة إلى

حالة العين المجرى لها الجراحة.

بهدف تقليل خطر التعرض للعدوى أثناء الزراعة، يتم اقتراح زراعة القرنية فقط بعد التصوير والفحوصات المخبرية للالتهاب الكبد الفيروسي، فيروس نقص المناعة المكتسبة، ومرض الزهري. الفحوصات التي تُجرى هي: HBS Ag, Anti HBC Ab, Anti HCV Ab, HCV NAT, Anti HTLV I&II Ab, Anti HIV 1&2 Ab, P24 Ag, VDRL, TPHA Ab والتغييرات الحاصلة في الإجراءات والأساليب المخبرية مع مرور الوقت.

يتم في الجراحة إجراء زراعة للقرنية كاملة السمك أو جزئية السمك. وفقاً للحاجة. تُؤخذ القرنية من مستودع القرنيات التابع للمؤسسات الطبية في إسرائيل وفي أنحاء العالم. القرنية الممزروعة هي عبارة عن نسيج بشري تم التبرع به من قبل المتوفى في ظل غياب معارضة أسرته (أو بموجب قوانين مكان التبرع).

شكل التخدير المصاحب لهذه العملية: (ضع دائرة على الخيار المناسب)

كلي (הרדמה כללית) / موضعي (הרדמה מקומית)

قد يكون شكل التخدير أيضاً مزيجاً من أنواع التخدير وسيحدد بشكل نهائي بالاشتراك مع طبيب التخدير.

أصرح بهذا وأقر بأنني تلقيت شرعاً حول طرق العلاج البديلة والمتحدة لمعالجة حالي بما في ذلك زراعة القرنية كاملة السمك أو جزئية السمك. تم إبلاغي وأدرك بوجود إمكانية أثناء سير جراحة زراعة القرنية تتمثل بظهور الحاجة القيام بإجراءات علاجية بهدف إجراء الفحص، مثل: إزالة السداد أو استبدال العدسة، شفط التزيف في مشيمة العين.

أصرح بهذا وأقر بأنني تلقيت توضيحاً حول الآثار الجانبية ما بعد الجراحة: في الأيام الأولى ووفقاً لنوع الجراحة، سيكون هناك حاجة في بعض الأحيان للراحة بوضعية الاستلقاء. أثناء فترة التعافي قد تكون هناك قيود تتعلق بلامسة العين وترطيبها. سيكون من الضروري أحياناً إخراج الغرز أو استبدالها. الأضرار أو الإصابات التي تلحق بالعين ستترك خطراً كبيراً بشكل دائم بما في ذلك رفض زراعة القرنية. التغاضي عن العلاج الموصى به لمدة سنوات طويلة (بما في ذلك قطرات العين) يمكن أن يزيد من الخطر بشكل كبير.

العودة إلى الأنشطة اليومية قد تستغرق أسبوعين أو أكثر، وفقاً لوضع المتعالج وعينه. التعافي من الجراحة وتحقيق النتائج المرجوة منها تستغرق أشهر وسنوات، وفقاً لنوع الجراحة ووضع المتعالج وعينه.

قدم إلى شرح حول المخاطر والمضاعفات المحتملة والتي من ضمنها: مضاعفات أثناء الجراحة كالنزيف داخل العين، تلف للعدسة الطبيعية أو الاصطناعية داخل العين، وضرر غير قابل للإصلاح في الرؤية قد يصل إلى فقدان الرؤية بالكامل.

المضاعفات في فترة ما بعد الجراحة، تشمل: التهاب، عدوى، ارتفاع أو انخفاض الضغط داخل العين، صعوبة التمائل للشفاء، ضعف التنساق انفصالها وال الحاجة لإدخالها بجراحات إضافية، انفصال الشبكية، وذمة في مركز الإبصار في الشبكية، تدلي الجفن، عدم الارتياح والجفاف، عدوى في الشق الجراحي أو في الغرز، التندب، رفض الزراعة، تضرر سلامة العين نتيجة لإصابة طفيفة، تشهو شكل الزراعة، الجلووكوما (الزرق)، أو حدوث تغير في مظهر ولون العين. نسبة حدوث المضاعفات الحادة حوالي 2%， المضاعفات الخفيفة أكثر شيوعاً، قد تصل إلى عشرات في المئة. أمراض الخلفية والمشاكل السابقة في العين تزيد من خطر حدوث المضاعفات.

أقر بموجبه وأصرح بأنه قدّم إلى شرح وأدرك بوجود احتمال بظهور مستجدات أثناء سير الجراحة / العلاج الرئيسي تستدعي ضرورة القيام بتوسيع نطاق أو تغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بهدف الحفاظ على الحياة أو تجنب الضرر البدني، ومن ضمن ذلك إجراءات جراحية أخرى لا يمكن التنبؤ بها في الوقت الحالي بشكل قاطع وكلٍ. ولذلك فإنني أواقف أيضاً على هذا التوسيع أو التغيير أو التنفيذ لإجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك إجراءات والتي ستكون وفقاً لتقدير الطبيب/ة بمثابة إجراءات حيوية أو ضرورية أثناء الجراحة / العلاج الرئيسي.

أبلغت بأنه في حال إجراء العملية تحت التخدير الكلي سيقدم إلى توضيح حول التخدير من قبل طبيب التخدير. في حال إجراء جراحة زراعة القرنية تحت التخدير الموضعي، يُعطى بذلك موافقتي أيضاً لإجراء التخدير الموضعي من قبل الطبيب الجراح مع أو دون حقن مواد مهنة داخل الوريد وذلك بعد إلزاعي على المخاطر والمضاعفات الناجمة عن التخدير الموضعي والتي تتضمن حدوث رد فعل تحسسي بدرجات متفاوتة تجاه مواد التخدير، وبعد إلزاعي على المضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدئه 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.

أعلم وأوافق على أن الجراحة الرئيسية (باستثناء إذا ما تم اختيار والتنسيق مسبقاً مع طبيب للعملية) وجميع الإجراءات الأخرى ستجرى من قبل من سيقع عليه الاختيار وفقاً للإجراءات والتعليمات القائمة في المستشفى. وأصرح بهذا أنه لم يقدم إلي ضمان بإجرائها، جميعها أو بعضها، من قبل شخص معين شريطة إجرائها تحت المسؤلية المتعارف عليها في المؤسسة وفقاً للقانون.

أنا الموقّع أدناه على علم بأنه عند موعد تسريحه فإن الطبيب الذي سيجري الجراحة من المحتمل إلا يكون حاضراً في المستشفى، وفي مثل هذه الحالة فإني أعطي موافقتي على أن يتولى طبيب آخر نيابة عنه إجراءات خروجي من المستشفى.

أعطي بهذا موافقتي على إجراء الجراحة الرئيسية.

اسم المتعامل/ة:

اسم الأب / شم الأب

رقم الهوية ت.ع.

الاسم الشخصي شم فرات

(שם המטופל/ת) اسم العائلة شم مشفחה

الاسم الشخصي شم فرات

اسم العائلة شم مشفחה

أصرح بموجبه وأقر بأنني تلقيت شرحاً شفرياً مفصلاً من الطبيب:
حول ضرورة إجراء جراحة زراعة القرنية في العين:
 اليمني (عين يمن)
 اليسرى (عين שמאל) ("الجراحة الرئيسية")

توقيع المتعامل/ة (חתימת המטופל/ת)

الوقت (شעה)

التاريخ (תאריך)

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

اسم الوصي (القاربة) (שם האפוטרופו) (קרבה))

أقر بأنني قدمت شرحاً شفرياً 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 تماماً شروطني.

أني ماشر/ت כי הסברתיetailed details to the patient/relative about the treatment/operation and they understood it fully and agreed to it. I have signed this document at their request.

التاريخ والوقت (תאריך وشעה)

توقيع الطبيب (חתימת הרופא)

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

علاقته بالمتعامل/ة (קשרו למטופל/ת)

اسم المترجم/ة (שם המתרגם/ת)

*يرجى محو ملا داعي له (מחק/, את המיותר)