

מודג מואفة לאجراء ختان طبي / قطع القلفة (جراحيا)

CIRCUMCISION

يُجرى الختان (الطهور/قطع القلفة) غالبا لأسباب دينية، تقليدية و/أو اجتماعية. تُثار أحيانا الحاجة إلى قطع القلفة عقب التهاب القلفة التي قد تسبب اضطرابات في التبول. شُرح لي أن الختان يمكن أن يُجريه مطهر. الختان/ قطع القلفة جراحيا، يُجرى عادة تحت تخدير موضعي أو مناطقي (PENILE BLOCK) وأحيانا هناك حاجة إلى تخدير عام. أصرح وأصادق بهذا أنه شُرح لي عن النتائج المرجوة والأعراض الجانبية المتوقعة بعد العملية الجراحية الأساسية، بضمنها الألم وعدم الارتياح.

كذلك، شُرح لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: نزيف، إصابة رأس العضو التناسلي، تلوث والتواء للقضيب. أُمح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.

أعطي موافقتي بهذا أيضا لإجراء تخدير موضعي أو مناطقي (PENILE BLOCK)، في حالة تكون حاجة بناء على اعتبارات الطبيب، بعد أن شُرح لي المضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير. إذا تقرر إجراء العملية الجراحية الأساسية تحت تخدير عام، سوف أتلقي شرحًا 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، وشريطة أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون.

أنا الموقع أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي أجرى العملية الجراحية، لن يكون حاضرا في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المتعالج/ة:

(سם המטופל/ת): اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخصي / שם פרטי اسم الأب / שם האב رقم الهوية / ת.ז.

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحًا مفصلاً شفهيًا من الدكتور (מד"ר)

اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخصي / שם פרטי

حول إجراء ختان جراحی (فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").

التاريخ / תאריך السَّاعة / שעה توقيع المتعالج/ة / חתימת המטופל/ת

اسم الوصيِّ القربة) / שם האפוטרופוס (קרבה) توقيع الوصيِّ في حالة قُدد الأهلية، قاصر، أو مُعالج/ة، نفسانيًا) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهيًا للمتعالج / للوصيِّ على المتعالج* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وأنه/ا وقع/ت على الموافقة أُمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحي بكامله. אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם

اسم الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה التوقيع / חתימה رقم الرخصة / מספר רישיון

* اشطب/ي الزائد / מחקי/ את המיותר