

מודג מואקה על גראה לתסגיר התדיין

BREAST REDUCTION

גראה תסגיר התדיין הי גראה תגמילייה, ואחיאנא תגרי לגرض طبي. תגרי העמלייה הגראהייה תחת תחדיר عام. שُرحت לי طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، حسنات وسينات كل منها واحتمالات نجاحها. سُرحت لي النتائج المرجوة من العملية الجراحية الأساسية، وكذلك قيودها وبضمنها عدم التماثل بين الثديين. أصرح وأصدق بهذا أنه سُرُح لي عن الأعراض الجانبية بعد العملية الجراحية بضمنها الألم وعدم الارتياح. كما سُرُح لي أنه في بعض الحالات لن تكون إمكانية للإرضاع بعد جراحة تصغير الثديين. سُرُح لي أنه في كل حالة تبقى ندوب على الثدي وتحت. سُرُح لي أن شكل الندوب يتعلق بنوع جلدي وخواص شفاذه وهناك حالات تنشأ فيها ندوب جذرية. كما سُرُح لي عن المضاعفات المحتملة وبضمنها: نزيف، تلوث، انفتاح حواف الجروح، إصابة الإحساس بالحلمتين، وإمكانية تطور تعفن جزئي للحلمة والهالة أو في جزء من نسيج الثدي، ما يتطلب، في أحيان قليلة، تدخلا جراحيا. أمانح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية. كما أصرح وأصدق بهذا أنني تلقيت شرحًا وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاق العملية الجراحية الأساسية، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقًا الآن بالتاكيد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضًا على تلك التوسعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية إضافية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية. سُرُح لي أن الجراحة تتم تحت تخدير عام وسوف أتلقى شرحا عن 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 الموقعة أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي أجرى العملية الجراحية، لن يكون حاضرًا في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المرأة:

(سَمِ الْايشة):

اسم العائلة

سَمِ مِسْفا

الاسم الشخْصِي

سَمِ فِرتي

اسم الأب

سَمِ האב

رَقْمِ الْهُؤْيَةِ

ת.ז.

أصرح وأصدق بهذا على أي تلقيت شرحًا مفصلاً شفهيًا من الدكتور (מד"ר)

اسم العائلة / سَمِ مِسْفا

الاسم الشخْصِي / سَمِ فِرتي

اسم العائلة / سَمِ مِسْفا

الاسم الشخْصِي / سَمِ فِرتي

حول العملية الجراحية لتصغير الثديين (שני השדיים) / الثدي الأيمن (שד ימין) / الثدي الأيسر (שד שמאל) * (فيما يلي: "الجراحة الأساسية").

التَّاريخ

תאריך

السَّاعة

שעה

توقيع المُعالج/ة

חתימת המטופל/ת

اسم الوصِي (القرابة) / سَمِ האפּוטרופּוס (קרבה)

توقيع الوصِي في حالة فُقْدِ الْأَهْلِيَّة، قاصر، أو مُعالج/ة، نفسانيًا) /

חתימת האפּוטרופּוס (במקרה של פּסול דין, קטין או חולה נפש)

أصدق بهذا على أي شرحت شفهيًا للمعالج/ة/ للوصي على المتعالج/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحي بكامله. / אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפּוטרופּוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

اسم الطَّبیب/ة / سَمِ הרופא/ה

* اشطب/ي الزائد / מחקי את המיותר

التوقيع / חתימה

رَقْمِ الرُّخصة / מספר רישיון