medica

טופס הסכמה כללי לניתוח
(מיועד למקרים שאין להם טופס ייעודי)

نموذج موافقة عام لعملية جراحية
(مخصّص للحالات التي ليس لها نموذج خاص)

GENERAL CONSENT FORM
FOR AN OPERATION

اسم المتعالج/ة: ______ ______ ______ ______

(שם המטופל/ת) اسم العائلة _שם משפחה   الاسم الشخصيُّ _שם פרטי   اسم الأب _שם האב   رَقْم الهُوِيَّة _ת.ז.

أصرح واصادق بهذا على أني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (ד ר) ______ __ ______

اسم العائلة / שם משפחה   الاسم الشخصيُّ / שם פרטי

حول الحاجة لإجراء العملية الجراحية (על הצורך בביצוע ניתוח): ______

______

بما فيها النتائج المرجوّة، حول المخاطر المعقولة وطرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، وكذلك عن الأعراض الجانبية، عن الفرص وعن المخاطر المترتبة على كل واحدة من هذه العمليات والفحوص والعلاجات التي تنطوي عليها.

أوافق بهذا على إجراء العملية الجراحية المذكورة أعلاه في المستشفى (فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").

أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحًا وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية الأساسية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاقها، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقّعها مسبقًا الآن بالتأكيد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضًا على تلك التوسعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

كما أوافق على إجراء تخدير، سواء عام أو موضعي، إذا لزم وفقا

لما يراه الأطباء المعالجون، عدا (למעט): ______

أعلم وأوافق على أن تتم العملية الجراحية 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.

ملاحظات (הערות): ______

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.

______ ______ ______

التَّاريخ תאריך   السَّاعة שעה   توقيع المُعالَج/ة חתימת המטופל/ת

______ ______

اسم الوصِيِّ (القرابة) / שם האפוטרופוס (קרבה)   توقيع الوصِيِّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مُعالَج/ة، نفسانيًّا) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أصادق بهذا على أني شرحت شفهياً للمتعالج/ة (למטופל/ת) / للوصي على المتعالج/ة (לאפוטרופוס של המטופל/ת)* 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 / לאפוטרופוס 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 الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה   التوقيع / חתימה   رَقْم الرُّخصة / מספר רישיון

* اشطب/ي الزائد / מחק/י את המיותר

ט. 0317

רחוב הברזל 28 רמת החייל, תל-אביב, טלפון: 2147* Habarzel 28, Ramat Hahayal, Tel Aviv, Tel: