

מודג מואקفة على جراحة الجفون BLEPHAROPLASTY

הهدف מן העמלמה الجراحמה هو إزالة فوائض من نسیج الجلد والدهون عن الجفون. الجراحة لا تزىل تجاعید عن جوانب العینین. یمكن إجراء الجراحة كجزء من جراحات لشد الوجه. تُجرى الجراحة عادة تحت تخدیر موضعی بإضافة مواد مهدئة. شُرح لی أنه یلزم (مدرش) / لا یلزم (لا مدرش) * عندی شد الجفن للجانب، أو إلى الأعلى. أصرح وأصادق بهذا أنه شُرح لی عن الأعراض الجانبמה بعد العمלמה الجراحמה الأساسية، بضمنها: الألم، عدم الارتیاح، انتفاخ الجفون، جفاف فی الملتحمة أو إدماع، نزيف دم تحت الجلد حول العینین، احمرار العینین والشعور بالحكة. تظهر الندوب بوضوح لعدة أسابيع ثم تتلاشى بقدر كبير. كما شُرحت لی المضاعفات الماحتملة بضمنها: تلوث، ظهور أكیاس فی منطقة الغرز، ندوب بارزة، تغیر فی شكل فتحة العین، انجذاب الجفن، إصابة غدد الدموع التي تسبب جفاف الملتحمة أو الدموع، ألم مزمن فی المنطقة المجروحة، تساقط أهداب مؤقتة أو دائم، عدم تماثل بین جانبي العین، وفی حالات نادرة نزيف یوجب جراحة عاجلة. أمانح بهذا موافقتی على تنفيذ العملמה الجراحמה الأساسية. أعطى موافقتی بهذا ایضا لإجراء تخدیر موضعی مع أو بدون حقن مواد مهدئة داخل الوريد، بعد أن أوضحو لی المخاطر والمضاعفات الماحتملة من التخدیر الموضعی بضمنها رد فعل تحسسی بدرجات مختلفة لمواد التخدیر، وردود فعل ماحتملة للأدویه المهدئة، الذي قد یسبب، فی أحيان نادرة، اضطرابات فی التنفس واضطرابات فی نشاط القلب، لاسیما لدى مرضی القلب ومرضی الجهاز التنفسی. أعلم وأوافق على أن تتم العملמה الجراحמה الأساسية وجميع الإجراءات الأخری، بأیدی من یكلف بالقیام بذلك، بموجب أنظمة وتعلیمات المؤسسة، وعلى أنه لم یضمن لی بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأیدی شخص معین، وشریطة أن تتم بالمسؤولیه المتبعة فی المؤسسة بموجب القانون. أنا الموقع/ة أدناه أدرك بأنه عند تسریحی، الطیبب الذي أجرى العملמה الجراحמה، لن یكون حاضرًا فی المستشفى. فی هذه الحالة، أوافق بأن یقوم طیبب آخر بواکله بعملמה تسریحی.

اسم المتعالج/ة

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

أصرح وأصادق بهذا على أنى تلقیت شرحًا مفصلاً شفهيًا من الدكتور (مדר) /

اسم العائلة / سם משפחה الاسم الشخصی / سם פרטי

حول العمלמה الجراحמה فی الجفن العلوي (בעפעף העליון) / السفلي (תחתון) / الجفین (שני העפעפיים) *، فی العین الیمنى (בעین ימין) / الیسرى (שמאל) / العینین (שתי העיניים) * (فیما یلی: "العملמה الجراحמה الأساسية").

التاريخ / תאריך الساعه / שעה توقيع المعالج/ة / חתימת המטופל/ת

اسم الوصی / القاربة) / سם האפוטروפוס (קרבה) / توقيع الوصی / فی حالة فقد الأهلیة، قاصر، أو معالج/ة، نفسانیًا) / حתימת האפוטروפוס (במקרה של פסול דין، קטין או חולה נפש)

أصادق بهذا على أنى شרכת شفهيًا للمتعالج/ة/ للوصی على المتعالج/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصیل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على المواقفة أمامی بعد اقتناعی بأنه/ا فهم/ت شرحی بكامله. / انى ماسر/ت كى הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטروפוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכى הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כى הבין/ה את הסברי במלואם.

رقم الرخصة / מספר רישיון

التوقيع / חתימה

اسم الطیبب/ة / سם הרופא/ה
* اشطب/ي الزائد / מחקי/ את המיותר