medica

טופס הסכמה לניתוח
להסרת פטריגיום

نموذج موفقة على عملية جراحية لإزالة الظُفرة

PTERYGIUM REMOVAL

الظفرة هي نمو الملتحمة على سطح القرنية حيث يتوقف في العين العادية نسيج الملتحمة على الحد بين بياض العين والقرنية. يُزال خلال الجراحة نسيج الظفرة عنسطح القرنية ويُعالج بصورة جراحية و/أو دوائيا في المكان الذي نمت منه الظفرة على سطح بياض العين.
في حالات معينة، حسب اعتبارات
الطبيب، يكون العلاج بمادة مضادة للأيض أو بإشعاع موضعي لمنع تكرار نمو الظفرة. في حالات نادرة أكثر، لاسيما بعد تكرار الظفرة التي عولجت سابقا، يقومون بزراعة ملتحمة أو قرنية.
حول توقيت وطريقة الجراحة يقررون مع مراعاة حجم الظفرة، سنّ المتعالج/ة حالة الملتحمة ووضعية الجفن. تميل الظفرة للعودة لاسيما في أعمار شابة ونسبة تكرارها تنخفض مع التقدم في العمر (النسبة المذكورة في المراجع للتكرار حتى 50%). هناك إمكانية لعدم الجراحة عندما تكون الظفرة غير نشطة، ولا تعيق النظر ولا تزعج المتعالج/ة من ناحية جمالية.
تتم العملية تحت تخدير موضعي.
أصرح وأصادق أنني تلقيت شرحًا بأنه لا توجد طرق بديلة للعلاج الجراحي للظفرة.
أصرح وأصادق بهذا على أني تلقيت شرحًا حول النتائج المرجوّة بما فيها إمكانية عودة الظفرة. شُرحت لي الأعراض الجانبية وبضمنها ألم، عدم ارتياح ونزيف موضعي في الملتحمة والجفون تزول عادة خلال فترة زمنية قصيرة.
كما شُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة وبضمنها تلوّث، تغييرات في الانكسار، ازدواجية الرؤية، تطور التصاقات بين الجفن ومقلة العين التي قد تسبب تقييدا لحركة العين وازدواجية الرؤية أو انجذاب الجفن والإدماع.
أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسيّة.
كذلك، أصرح وأصادق 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 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.
أعطي موافقتي بهذا أيضا لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها نزيف، تلوث، إصابة العين وفي حالات نادرة فقدان الرؤية.
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/ة 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
(שם המטופל/ת): اسم العائلة שם משפחה | الاسم الشخصيُّ שם פרטי | اسم الأب שם האב | رَقْم الهُوِيَّة ת.ז.

أصرح وأصادق بهذا على أني تلقيت شرحًا مفصلًا شفهيًا من الدكتور (مد"ر) _____
اسم العائلة / שם משפחה | الاسم الشخصيُّ / שם פרטי

حول الحاجة لإجراء عملية جراحية للظفرة في العين اليمنى (يمين) / اليسرى (שמאל)* فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").

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

اسم الوصيِّ القرابة) / שם האפוטרופוס (קרבה) | توقيع الوصيِّ 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/ 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 / 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

כ. 0333