

**מודג מואפקة على علاج بليزر YAG لفتح
ساد ثانوي****YAG LASER TREATMENT TO OPEN
SECONDARY CATARACT**

استخدام ليزر YAG مخصص لمعالجة غبش الرؤية الناتج بعد جراحة كتاراكت نتيجة تعكر المحفظة الخلفية التي تثبت العدسة الاصطناعية (فيما يلي: "ساد ثانوي"). تنتج بواسطة أشعة ليزر فتحة صغيرة في المحفظة الخلفية التي تسمح للضوء بالدخول عبرها وبذلك تتحسن حدة الرؤية.

تلقيت شرحًا عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة ووفقًا لحالتي. بضمنها الاحتمالات والمخاطر المترتبة في كل واحد من هذه الإجراءات، الفحوص والعلاجات التي تنطوي عليها.

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحًا حول النتائج المرجوة والأعراض الجانبية المحتملة للعلاج. بما فيها: في الساعات الأولى بعد العلاج يحتمل ظهور غبش خفيف في الرؤية ولكن من المتوقع تحسن الرؤية عادةً العلاج. شرح لي أنه في السابيع الأولى بعد العلاج ربما أرى نقاطًا سوداء محلقة. تختفي هذه النقاط عادة. كما شرح لي أنه بعد العلاج سأشعر بارتفاع عابر للضغط داخل العين. الذي يُمنع عادةً بواسطة قطرات أعين أصل عليها في نهاية العلاج.

شُرح لي المضاعفات المحتملة من العلاج. بضمنها: خطر حوالي 0.4% لانفصال الشبكية.

أوافق بهذا على إجراء علاج ليزر YAG.

أنا موافق/ة بأن في المستشفى سيتم عملها بأيدي من سيقع عليه الأمر وفقًا للإجراءات والتعليمات القائمة في المستشفى، وأنا أصرح بهذا بأنه لم يتم وعدي بأن جميع العلاجات أو جزء منها ستعمل بأيدي شخص معين.

أنا الموقع 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 المتعالج/ة:

اسم العائلة / اسم משפחה

الاسم الشخصي / اسم פרטי

اسم الأب / اسم האב

رقم الهوية / ת.ז.

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحًا مفصلاً شفهيًا من الدكتور (د"ר)

اسم العائلة / اسم משפחה

الاسم الشخصي / اسم פרטי

حول الحاجة إلى إجراء علاج بليزر YAG لفتح محفظة خلفية جِراء ساد ثانوي، في العين اليمنى (בעין ימין) اليسرى (שמאל).

توقيع المُعالج/ة / חתימת המטופל/ת

الساعة / שעה

التاريخ / תאריך

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

اسم الوصي (القرابة) /
שם האפוטרופוס (קרבה)

أصدق بهذا على أنني شرحت شفهيًا للمتعالج/ة (لمتופل/ת) / للوصي على المتعالج/ة (لاپوترופוס 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.

أني مأسر/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפوترופוס 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.

رقم الرخصة / מספר רישיון

التوقيع / חתימה

اسم الطبيب/ة / اسم הרופא/ה
* اشطب/י الزائد / מחקי את המיותר