

תמוذج موافقة على جراحة DCR ترميم القنوات الدمعية

DCR RECONSTRUCTION OF THE TEAR DRAINAGE CHANNEL

الهدف من العملية الجراحية تحسين مدى تصريف الدموع من العين وتقليل الشعور بفرط الدمع.

تجرى العملية الجراحية تحت تخدير عام.

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، بضمنها الاحتمالات والمخاطر المترتبة في كل واحد من هذه الإجراءات.

أصرح وأصدق بهذا أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية بعد الجراحة الأساسية. بضمنها: الألم، عدم الارتياح، احمرار وانتفاخ الجفون، في العينين والخد.

شُرح لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بضمنها: التلوث، نزيف من الأنف وكدمات تحت الجلد حول العينين، الشعور بجسم غريب في الأنف. تظهر الندبة بوضوح لعدة أسابيع ثم تتلاشى بقدر كبير. كما يُحتمل أنه بالرغم من الجراحة ينشأ انسداد متكرر لمرور الدموع ويلزم تكرار الجراحة.

أوافق بهذا على إجراء جراحة DCR - ترميم القنوات الدمعية.

أصرح وأصدق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاق العملية، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتأكد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضاً 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 أيضاً لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير.

إذا تقرر إجراء العملية الجراحية تحت تخدير عام أو لمنطقة، سوف أتلقى شرحاً حول التخدير من قبل طبيب التخدير.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي، يمكن ان يشارك الطلاب أثناء التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي، يمكن ان يشارك الطلاب أثناء التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

• بأن العلاجات في المستشفى سيتم عملها بأيدي من سيقع عليه الأمر وفقاً للإجراءات والتعليمات القائمة في المستشفى، وأنا أصرح بذلك بأنه لم يتم وعدي بأن جميع العلاجات أو جزء منها ستجرى بأيدي شخص معين.

أنا الموقع أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي سيجري العلاج / يجري العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المتعالج/ة:

رقم الهوية / ת.ז.

اسم الأب / שם האב

الاسم الشخصي / שם פרטי

اسم العائلة / שם משפחה

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيّاً من الدكتور (ד"ר)

اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخصي / שם פרטי

على الحاجة لإجراء عملية جراحية في العين اليمنى (ימין)

اليسرى (שמאל) (فيما يلي: العملية الجراحية الأساسية).

توقيع المتعالج/ الوصي:
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

