

מודג מואפקה עלג עלג שق في الشرج REPAIR OF ANAL FISSURE

ההדפ מן העלג הו תקליص שדָּהּ انقباض העضلات העاصרה الشرجية لتخفيف الآلام وتمكين شفاء الشق / جرح في بطانة الشرج. يمكن تقليص شدة الانقباض بطريقتين: الأولى، توسيع يدوي للعضلة العاصרה الشرجية والثانية، قطع (بجراحة) العضلة العاصרה الداخلية. القرار حول طريقة العلاج يكون بناء على اعتبارات طبية وبحسب النتائج.

يُجرى العلاج عادة تحت تخدير عام أو منطقي وأحياناً تحت تخدير موضعي. أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، بضمنها الاحتمالات والمخاطر المترتبة في كل واحد من هذه الإجراءات.

كما أوضح لي أنه ليس من المؤكد أن يحل العلاج الأساسي المشكلة، وأحياناً تكون حاجة إلى علاج/ات إضافية. أصرح وأصادق بهذا أنه شرح لي عن الأعراض الجانبية المتوقعة بعد العلاج الأساسي، بضمنها: الألم، عدم الارتياح والإمساك. كذلك، شُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: نزيف، تلوث لدرجة تطوّر خراج، وإمكانية نشوء ناسور (FISTULA) يتطلب أحياناً جراحة إضافية. كما أن هناك خطراً لإصابة العضلات العاصרה الشرجية قد تتمثل بعدم التحكم بإطلاق غازات وتبقيع الكلسون بمخاط / براز، وحتى عدم تحكم تام بقضاء الحاجات. يمكن أن تزول معظم هذه الأعراض خلال بضعة أشهر بصورة تلقائية أو بعد إجراء تمارين لتقوية عضلات الشرج وقاع الحوض. في حالات نادرة يبقى ضرر دائم للعضلات العاصרה. أمانح بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

كما أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العلاج الأساسي قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاقه، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتاكيد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي، وذلك، من الجملة، اعتماداً على نتائج تُكتشف في فحص تحت التخدير (لاسيما في حالة عدم إمكانية إجراء فحص ملائم قبل العملية الجراحية بسبب الآلام في الشرج). 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 بالعلاج الأساسي.

أوضح لي أن العلاج الأساسي يتم تحت تخدير منطقي أو عام وسوف أتلقي شرحاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير. أعطي موافقتي بهذا أيضاً لإجراء تخدير موضعي، في حالة تقرر إجراء العلاج الأساسي بتخدير موضعي، بعد أن شُرحت لي المضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير.

أعلم وأوافق على أن يتم العلاج الأساسي 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 حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المتعالج/ة:

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

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيّاً من الدكتور (מד"ר)

اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخصي / שם פרטי

حول العملية الجراحية (ניתוח) / علاج شق في الشرج ANAL DILATATION טיפול בסדק בפי הטבעת (ANAL DILATATION) / LATERAL SPHINCTEROTOMY אָר אַחַר. فصل (פרט): (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

التاريخ תאריך السّاعة שעה توقيع المتعالج/ة חתימת המטופל/ת

اسم الوصيّ (القاربة) / שם האפוטרופוס (קרבה) توقيع الوصيّ في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالج/ة، نفسانياً / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهيّاً 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 (أني مأسر/ت 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 الطبيب/ة / שם הרופא/ה التوقيع / חתימה رقم الرخصة / מספר רישיון

* اشطب/ي الزائد / מחקי את המיותר