

מודג מואקفة على جراحة الجفون BLEPHAROPLASTY

الهدف من العملية الجراحية هو إزالة فوائض من نسيج الجلد والدهون عن الجفون. الجراحة لا تزال تجاعيد عن جوانب العينين. يمكن إجراء الجراحة كجزء من جراحات لشد الوجه. تُجرى الجراحة عادة تحت تخدير موضعي بإضافة مواد مهدئة. شُرح لي أنه يلزم (מדרש) / لا يلزم (לא מדרש) * عندي شد الجفن للجانب، أو إلى الأعلى. أصرح وأصدق بهذا أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية بعد العملية الجراحية الأساسية، بضمنها: الألم، عدم الارتياح، انتفاخ الجفون، جفاف في الملتحمة أو إدماع، نزيف دم تحت الجلد حول العينين، احمرار العينين والشعور بالحكة. تظهر الندوب بوضوح لعدة أسابيع ثم تتلاشى بقدر كبير. كما شُرح لي المضاعفات المحتملة بضمنها: تلوث، ظهور أكياس في منطقة الغرز، ندوب بارزة، تغيير في شكل فتحة العين، انجذاب الجفن، إصابة غدد الدموع التي تسبب جفاف الملتحمة أو الدموع، ألم مزمن في المنطقة المجروحة، تساقط أهداب مؤقت أو دائم، عدم تماثل بين جانبي العين، وفي حالات نادرة نزيف يوجب جراحة عاجلة. أُنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية. أعطي موافقتي بهذا أيضا لإجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن مواد مهدئة داخل الوريد، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير، وردود فعل محتملة للأدوية المهدئة، الذي قد يسبب، في أحيان نادرة، اضطرابات في التنفس واضطرابات في نشاط القلب، لاسيما لدى مرضى القلب ومرضى الجهاز التنفسي. 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

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

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

اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخصي / שם פרטי

حول العملية الجراحية في الجفن العلوي (בעפעף העליון) / السفلي (תחתון) / الجفنين (שני העפעפיים) *، في العين اليمنى (בעין ימין) / اليسرى (שמאל) / العينين (שתי העיניים) * (فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية").

תאריך תאריך

השעה שעה

חתימת המטופל/ת

اسم الوصي (القربة) / שם האפוטרופוס (קרבה)

توقيع الوصي في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالج/ة، نفسانيًا) /

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أصدق بهذا على أنني شرحت شفهيًا 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.

رقم الرخصة / מספר רישיון

التوقيع / חתימה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

* اشطب/י الزائد / מחקי את המיותר