

## מודג מואקفة לעلاج مرض الجلوكوما بالليزر SLT

### SLT LASER TREATMENT OF GLAUCOMA

יهدف العلاج إلى خفض الضغط المرتفع داخل العين نتيجة لمرض الجلوكوما (الزرق)، ولكنه ليس مخصصا لتحسين حدة البصر أو لإصلاح الضرر الناجم عن الجلوكوما في العصب البصري أو مجال الرؤية.

يهدف العلاج باستخدام SLT إلى الحفاظ على الوضع الحالي عن طريق تقليل ضغط العين إلى القيمة الطبيعية.

يتم في العلاج توجيه أشعة الليزر إلى منطقة زاوية العين من أجل تحسين شفت سوائل العين وتقليل الضغط داخل العين.

يتم العلاج تحت التخدير بواسطة القطرات فقط ويستغرق عدة دقائق.

أطلعت على العلاجات البديلة. بما في ذلك: قطرات ضد الضغط. العلاج بالليزر ALT. الجراحة. أبلغت أيضا باحتمالية غياب العلاج الطبي.

إضافة لذلك، تم إطلاعي علي على فرص نجاح العلاج بما في ذلك الاحتمال بعدم انخفاض ضغط العين بعد العلاج.

أصرح بموجبه وأقر بأنني تلقيت شرحا حول الآثار الجانبية للعلاج، بما في ذلك: العين الحمراء (من يوم إلى يومين بعد العلاج)، التهاب تحسسي في الحجرة الأمامية (من يوم إلى يومين بعد العلاج)، ونادرا ما يكون هناك ارتفاع فيضغط العين لمدة 24 ساعة إضافة إلى نزيف بسيط في الحجرة الأمامية.

تم إبلاغي بأنه من الممكن حتى بعد العلاج أن أحتاج للاستمرار بالعلاج الدوائي الحالي للتقليل من الضغط داخل العين.

علاوة على ذلك، من الضروري بعد العلاج الاستمرار بالمتابعة من أجل تقييم الاستجابة للعلاج.

لذلك، تم توضيح المخاطر والمضاعفات المحتملة للعلاج الرئيسي، بما في ذلك: رد فعل التهابي داخل العين وارتفاع حاد في ضغط العين، حيث يعتبر كلا منهما مضاعفات نادرا جدا.

أقر بموجبه وأصرح بأنه تم تقديم شرح لي وإبني على علم بوجود احتمال بظهور مستجدات أثناء سير الجراحة الرئيسية تستدعي ضرورة القيام بتوسيع نطاق أو تغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها مسبقا بهدف الحفاظ على الحياة أو تجنب الضرر البدني، ومن ضمن ذلك إجراءات علاجية لا يمكن التنبؤ بها في الوقت الحالي بشكل قطعي أو كامل. ولذلك فإنني أوافق أيضا على هذا التوسيع أو التغيير أو التنفيذ لإجراءات أخرى أو إضافية.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي فإنه يمكن للطلاب أخذ دور أثناء مرحلة التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملة.

أعلم وأوافق بذلك على أن الجراحة / العلاج الرئيسي وجميع الإجراءات الأخرى ستجرى من قبل من سيقع عليه الاختبار (باستثناء في حال اختيار وملائمة جراح مسبقا للعملية) وفقا للإجراءات والتعليمات القائمة في المستشفى. وأصرح بهذا أنه لم يقدم إلي ضمان بإجرائها، جميعها أو بعضها، من قبل شخص معين شريطة إجرائها تحت المسؤولية المتداولة في المستشفى بموجب القانون.

أعطي بهذا موافقتي لإجراء الجراحة / العلاج الرئيسي.

اسم المتعالج/ة:

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

أصرح بموجبه وأقر بأنني تلقيت شرحا شفويا مفصلا من الطبيب:

اسم العائلة שם משפחה الاسم الشخصي שם פרטי

حل ضرورة إجراء علاج الليزر SLT في العين:  اليمنى (עין ימין) تفصيل:

اليسرى (עין שמאל) تفصيل:

توقيع المتعالج/ة (חתימת המטופל/ת)

الوقت (שעה)

التاريخ (תאריך)

תوقيع الوصي (في حالة عدم الأهلية، القصور، أو المرض النفسي)  
(חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש))

اسم الوصي (القراية) (שם האפוטרופוס (קרבה))

أقر بأنني قدمت شرحاً شفوياً للمتعالج/ة / الوصي على المتعالج/ة / مترجم المتعالج/ة\* حول جميع ما ذكر أعلاه بالتفصيل المطلوب وأن المتعالج/ة / وصي المتعالج/ة قد وقع/ت على الاتفاقية أمامي وبعد اقتناعي بفهمه/ها لكامل شروحاتي. אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת / האפוטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

التاريخ والوقت (תאריך ושעה)

توقيع الطبيب (חתימת הרופא)

اسم الطبيب/ة (الختم) (שם הרופא/ה (חותמת))

علاقته بالمتعالج/ة (קשריו למטופל/ת)

اسم المترجم/ة (שם המתרגם/ת)

\*يرجى محو مالا داعي له (מחקי את המיותר)