

## نموذج موافقة على جراحة لتحرير العصب المتوسط / الزندي في قناة الرسغ

### RELEASE OF CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS) RELEASE OF ULNAR NERVE - GUYON'S CANAL

تجرى الجراحة بهدف تخلص المُعالج من ألم يظهر في أعقاب الضغط على العصب المتوسط / الزندي في رسغ اليد. سبب الضغط غالباً غير معروف. في حالات قليلة وجد ورم أو تغير شريحي يسبب الضغط. في بعض الحالات هناك دليل على كدمة سابقة. تجرى الجراحة بواسطة جرح الجلد في منطقة الرسغ، تحرير أنسجة تحت الجلد وقطع الحزام الضاغط على العصب. إذا ظهرت أثناء الجراحة نتائج إضافية، مثل نمو نسيج حول الأوتار أو ندوب حول العصب، يستأصل الجراح الأنسجة التالمية ويحرر العصب من الندوب. يُغلق الجرح بغرز تُحل بعد حوالي 7 إلى 14 يوماً. تجري العملية تحت تخدير موضعي وأو مناطقي، بالدمج مع عاصبة شرابين توضع على اليد المعالجة. قد تسبب العصبة شعوراً بالضغط على الذراع.

اسم المتعامل/ة (שם המטופל/ת): **שם המשפחה** **שם מشفחה** **שם האב** **שם האם** **שם פרטן** **שם המשחזר** **שם המהוותה** ת.ז.

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرعاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (מד"ר) **اسم العائلة / שם مشفחה** **الاسم الشخصي / שם פרטן** نموذج موافقة على جراحة لتحرير العصب المتوسط (الميدياني) / الزندي (האולנרי)\* في قناة رسغ اليد اليمنى (ימין) / اليسرى (שמאל) (فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية"). أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرعاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحاله، وكذلك عن الأعراض الجانبية، وعن المخاطر والمضاعفات المرتبطة على هذه العلاجات. شرحت لي النتائج المرجوة من الجراحة وكذلك إمكانيات الشفاء الطبيعي للعصب. في حالات قليلة، تصاحب النقاوه الأعراض الجانبية المذكورة أعلاه، وقد تكون طويلة. قد تتكرر المتلازمة أحياناً ويلزم تصليحها جراحة أخرى. أصرح وأصادق بهذا أنه شرح لي عن الأعراض الجانبية بعد العملية الجراحية الأساسية، بضمنها: الألم، عدم الارتخاء، انفاخ الرسغ والأصابع، تقيد الحركة وزيف تحت الجلد يتلاشى تلقائياً. كذلك، شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: زيف وتلوث يتطلب علاجاً. أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.

أصرح وأصادق بهذا أيضاً على أنني تلقيت شرعاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية الأساسية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاقها، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإإنقاد الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتأكيد أو يكملها 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 وأو مناطقي مدمجاً مع عاصبة شرابين، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمها رد فعل تحسيبي بدرجات مختلفة لمواد التخدير، وإمكانية الضرر العصبي وأو الوعائي في التخدير المناطقي. إذا تقرر إجراء العملية الجراحية الأساسية تحت تخدير عام، سوف ألتقي شرعاً حول التخدير من قبل طبيب التخدير. 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، وشرطيه أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون. أنا الموقع أدناه أدرك بأنه عند تسريري، الطبيب الذي أجرى العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحاله، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريري.

التاريخ **תאריך** **חתימת המטופל/ת** **توقيع الممعالج/ة** **السالة شעה**

اسم الوصي<sup>\*</sup> القرابة) / שם האפטורופום (קרבה)  
توقيع الوصي<sup>\*</sup> في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالجه/ة، نفساني) /  
חתימת האפטורופום (במקרה של פסול דין, קיטין או חוליה נפש)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهياً للممعالج/ة (لمטופל/ת) / للوصي على الممعالج/ة (לאפטורופום של המטופל/ת)\* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد افتراضي بأنه/ا فهم/ت شرحني بكلمه. אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת לאפטורופום של המטופל/ת\* את כל האמור לעיל בפיירוט הדروس וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ש肖וכנעת/י הבוי/ה את הסברி במלואם.

اسم الطبيب/ة / שם הרופאה  
توقيع / חתימה **שם הרופאה**  
رقم الرخصة / מספר רישוי **שם הרופאה**  
\* اشطب/ي الزائد / مחק/י את המיותר