

מודג מואפקה עלג החقن דאחל העינ

INTRA-VITREAL INJECTION

מראש השכבקה ומשממיה העינ التي تسبب انخفاضا في حدة الرؤيه، وحقل الرؤيه على خلفة نمو أوعيه دمويه مرضيه في العيנ وتسرب من أوعيه دمويه في المشميه والشكبيه تُعالج. في السنوات الأخيرة. بواسطة حقن داحل العيנ لمواد مضاده للبروتين (Vascular Endothelial Growth Factor) VEGF.

الحالات الرئيسية التي يجري فيها الحقن داخل العيנ هي: نمو أوعيه دمويه من المشميه على خلفة ضمور البقعه الصفراء أو أمراض أخرى، اعتلال الشكبيه على خلفة السكري، انسداد أوعيه دمويه في الشكبيه ووذمات في الشكبيه. بالإضافة، هناك إمكانية لحقن ستيروئيدات في الجسم الزجاجي للعيנ كعلاج لوذمات الشكبيه والتهاب العنبيه.

يكون العلاج تحت تخدير موضعي. بالتردد الملائم للمعالج/ة ورد الفعل على العلاج. شرح لي أن وتيرة العلاج ومدته يتعلقان بمدى رد الفعل على العلاج. في أغلب الحالات هناك حاجة إلى تكرار الحقن، أحيانا مرة في الشهر، لمدة غير محدوده.

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحًا عن طرق العلاج البديله الممكنة في ظروف الحاله. بضمنا: مستحضرات أخرى، علاج منقو بالضوء وعلاج بالليزر. تلقيت شرحًا عن احتمالات التحسن، الأعراض الجانبيه والمخاطر المترتبة في كل واحد من هذه الإجراءات.

أوضح لي أن حقن أفاستين في العيנ. في حاله تنفيذه. يُعطى دون اعتماد (Off-label) ولا تُعرف له تأثيرات على المدى البعيد.

أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحًا عن الأعراض الجانبيه المحتمله من حقن الدواء في الجسم الزجاجي، بضمنا: آلام في العين، نزيف تحت المشميه، نقاط سوداء في حقل الرؤيه، وذمة أو عدم انتظام سطح القرنيه، التهاب العنبيه، اضطرابات في الرؤيه، حساسيه للدواء المحقون و/أو الماده المطهرة و/أو المضاد الحيوي المُعطى في إطار العلاج. في أغلب الحالات تزول هذه الأعراض الجانبيه تلقائيا أو أنها تستجيب للعلاج، لكنها تحتاج أحيانا إلى مدة طويله حتى الشفاء التام.

كما شُرح لي المضاعفات المحتمله. بضمنا: انفصال الشكبيه، نشوء ساد (كتاراكت)، ارتفاع الضغط داخل العين، نزيف داخل العين وتلوث بكتيري داخل العين (Endophthalmitis). في أغلب الحالات يمكن معالجة المضاعفات بواسطة أدويه أو جراحات إضافية، لكن في حالات معينه قد تسبب هذه المضاعفات إلى فقدان الرؤيه التام وتقلص العين.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي. بضمن ذلك سلسله الحقن المخطط لها.

أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحًا وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العلاج الأساسي قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاقه. تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياه أو منع إلحاق الضرر بالجسم. بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقًا الآن بالتأكد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا. أوافق أيضًا على تلك التوسعه. التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية. بما أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

أعطي موافقتي بهذا أيضا لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات من التخدير الموضعي بواسطة قطرات، بضمنا: حساسيه، احمرار وعدم ارتياح.

أنا موافق/ة بأن العلاجات في المستشفى سيتم عملها بأيدي من سيقع عليه الأمر وفقا للإجراءات والتعليمات القائمه في المستشفى، وأنا أصرح بهذا بأنه لم يتم وعدي بأن جميع العلاجات أو جزء منها ستعمل بأيدي شخص معين.

توقيع المتعالج/ة / حثيמת المتوفول/ت:

اسم المتعالج/ة:

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

אִסְרַח וְאִסְרַדִּיק בִּזְהָא עַלִּי אֲנִי תַלְפִּית שְׂרַחָּ מִפְּסַלָּ שְׂפְהִיָּא מִן הַדַּקְטוֹר (ד"ר) _____
 اسم العائلة / שם משפחה الاسم الشخصي / שם פרטי

حول الحاجة إلى الحقن في الجسم الزجاجي في

- العين اليمنى (عين يمين)** (اذكر اسم دواء/أدوية (ציין שם תרופה/ות): *אִפַּסְטִין (אבסטין) / לוסנטיס (לוסנטיס) / איליָא (איליה) / אוֹזוֹרְדִּקְס (אוזורדקס) / אַחַר (אחר): _____)
- العين اليسرى (عين שמאל)** (اذكر اسم دواء/أدوية (ציין שם תרופה/ות): *אִפַּסְטִין (אבסטין) / לוסנטיס (לוסנטיס) / איליָא (איליה) / אוֹזוֹרְדִּקְס (אוזורדקס) / אַחַר (אחר): _____)
- بسبب (בשל): التتُّسُّ البُقْعِي (AMD) الرطب (ניון מקולרי (AMD) רטוב) استسقاء بقعي (בצקת מקולרית) التهاب العنبيّة (דלקת הענביה) אַחַר (אחר): _____
- (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

תּוֹקִיעַ הַמְּעַלְגִ/ה / חתימת המטופל/ת

السَّاعَة / שעה

التَّارِيخ / תאריך

תּוֹקִיעַ הַוֹסִי (في حالة قُفْد الأهلِيّة، قاصر، أو مُعַלְج/ة، نَفْسَانِيّاً) /
 חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

اسم الوصيّ (القرابة) /
 שם האפוטרופוס (קרבה)

אִסְרַדִּיק בִּזְהָא עַלִּי אֲנִי שְׂרַחַת שְׂפְהִיָּא לַלְמַעַלְגִ/ה (למטופל/ת) / ללוּסִי עַלִּי הַמְּעַלְגִ/ה (לאפוטרופוס של המטופל/ת) * כל מא ורד אַעֲלַה בַּלְתַּפְסִיל
 המְּלּוּב וְעַלִּי אֲנִי/ה וְעַתְּ/ת עַלִּי הַמּוֹאֲפָה אִמָּמִי בַּעַד אִתְנַעַי בְּאַנְהָ/ה פְּהִמְ/ת שְׂרַחִי בְּכַמְלֵה.

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.

רְפֻמ הַרְּחִשָּׁה / מספר רישיון

הַתּוֹקִיעַ / חתימה

اسم الطَّيِّب/ة / שם הרופא/ה

* اشْطَب/ي الزائد / מחקי את המיותר